

Häder, Maria

Langert, Anja

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA  

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Dresden/Mittweida, 2015

Häder, Maria

Langert, Anja

**Qualifizierung der Angehörigenarbeit bei der Pflege älterer Menschen**

Welche Rolle nimmt die Profession Soziale Arbeit derzeit beziehungsweise in  
Zukunft ein

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Dresden/Mittweida, 2015

Erstprüfer: Dr. phil. M. C. Hille

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. B. Wedler

Bibliographische Beschreibung:

Häder, Maria und Langert, Anja:

Qualifizierung der Angehörigenarbeit bei der Pflege älterer Menschen. Welche Rolle nimmt die Profession Soziale Arbeit derzeit beziehungsweise in Zukunft ein. 66 Seiten. Dresden/Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2015

Referat:

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit Handlungsperspektiven für die Soziale Arbeit im Bereich der Angehörigenberatung. Dabei liegt im ersten Teil der Schwerpunkt auf einer theoretischen Analyse mittels Literaturrecherche zur gegenwärtigen Pflegesituation in der Bundesrepublik Deutschland. Dabei gehen wir vor allem auf die Pflege im Kreis der Familie ein. Im zweiten Teil werden Handlungsperspektiven in Bezug auf Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige erläutert und dargestellt, welche Rolle dabei die Profession Soziale Arbeit einnehmen sollte.

# Inhaltsverzeichnis

## I Abkürzungsverzeichnis

<b>1 Einleitung .....</b>	<b>- 1 -</b>
---------------------------	--------------

## TEIL I – THEORETISCHE ANALYSE

<b>2. Pflege in der Bundesrepublik Deutschland .....</b>	<b>- 3 -</b>
--	--------------

2.1 Demographischer Wandel .....	- 3 -
----------------------------------	-------

2.1.2 Folgen des demographischen Wandels auf die Pflege .....	- 6 -
---	-------

2.1.3 Fachkräftemangel in der Pflege .....	- 7 -
--	-------

2.2 Dimensionen der Pflegebedürftigkeit im Alter .....	- 9 -
--	-------

2.2.1 Stigmatisierung des Alters .....	- 10 -
--	--------

2.2.2 Potenziale des Alters .....	- 12 -
-----------------------------------	--------

2.2.3 Definitionen von Pflegebedürftigkeit .....	- 13 -
--	--------

2.3 Stand der Pflege & Pflege-/Wohnformen im Alter .....	- 16 -
--	--------

2.3.1 Wohnen im eigenen Haushalt .....	- 17 -
--	--------

2.3.2 Spezielle Wohnformen älterer Menschen .....	- 21 -
---	--------

2.4 Fazit zum Kapitel 2 .....	- 24 -
-------------------------------	--------

<b>3. Pflege im Kreis der Familie – eine Belastungsprobe .....</b>	<b>- 26 -</b>
--	---------------

3.1. Aktuelle Statistiken .....	- 27 -
---------------------------------	--------

3.2 Pflege – reine Frauensache? .....	- 29 -
---------------------------------------	--------

3.2.1 Pflegende Ehepartner .....	- 33 -
----------------------------------	--------

3.2.2 Pflegende Töchter und Schwiegertöchter .....	- 35 -
--	--------

3.3 Übertragung von Problemen in der Pflege auf das Familiensystem .....	- 37 -
--	--------

3.4 Fazit zu Kapitel 3 .....	- 39 -
------------------------------	--------

<b>TEIL II – HANDLUNGSPERSPEKTIVEN .....</b>	<b>- 40 -</b>
--	---------------

<b>4. Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige .....</b>	<b>- 40 -</b>
---	---------------

4.1 Angebote und deren Inhalt, sowie Zugangsmöglichkeiten .....	- 40 -
---	--------

4.1.2 Schulungen für pflegende Angehörige .....	- 42 -
---	--------

4.1.3 Ambulante Pflegedienste .....	- 42 -
4.1.4 Einzelpflegekraft .....	- 43 -
4.1.5 Kurzzeitpflege .....	- 44 -
4.1.6 Tages- und Nachtpflege.....	- 44 -
4.1.8 Pflegezeitgesetz und Pflegeunterstützungsgeld .....	- 45 -
4.1.9 Angehörigengruppen / Gesprächsgruppen .....	- 46 -
4.1.10 Ehrenamtliche Helfer .....	- 46 -
4.1.11 Angebote der freien Wohlfahrtspflege.....	- 47 -
4.1.12 Pflegegeld für häusliche Pflege.....	- 47 -
4.1.13 Pflegesachleistungen .....	- 48 -
4.1.14 Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen .....	- 48 -
4.1.15 Zusätzliche Betreuungsleistungen .....	- 48 -
4.2 Wie werden Angebote wahrgenommen und welche Hürden hindern? .....	- 49 -
4.3 Fazit zum Kapitel 4 .....	- 50 -
<b>5. Soziale Arbeit als Brücke zur Entlastung.....</b>	<b>- 52 -</b>
5.1. Soziale Arbeit im Bereich der Pflegeberatung/des Case Managements.....	- 53 -
5.2 Ausbau der Zugangsmöglichkeiten anhand der Pflegeberatung/des Case- Managements.....	- 56 -
5.3 Aufbau einer neuen Beratungsform für pflegende Angehörige am Beispiel der Psychosozialen Betreuung.....	- 58 -
5.4 Fazit zum Kapitel 5 .....	- 60 -
<b>6. Weiterführende Forschungen .....</b>	<b>- 61 -</b>
<b>7. Fazit .....</b>	<b>- 65 -</b>

## **II Literaturverzeichnis**

## **III Anlagen**

# I Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
allg.	allgemein
BAFzA	Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
Bsp.	Beispiel
ca.	circa
d.h.	das heißt
Dr.	Doktor(-titel)
dt.	deutsch
ebd.	ebenda
etc.	et cetera
e.V.	eingetragener Verein
f.	folgend/e
ff.	fortfolgend/e
KZP	Kurzzeitpflege
max.	maximal

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
mind.	mindestens
PDF	Portable Document Format
Prof.	ProfessorIn
S.	Seite
SGB XI	Sozialgesetzbuch. Elftes Buch. Soziale Pflegeversicherung
sog.	sogenannt/e
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
vgl.	vergleich/e
WG	Wohngemeinschaft
www	world wide web
z.B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach

# 1 Einleitung

*Von Maria Häder und Anja Langert*

Aktuelle Studien zeigen auf, dass die häusliche Pflege nicht spurlos an den pflegenden Angehörigen vorbei geht. In einigen Fällen finden sie einen positiven Sinn in der Pflegetätigkeit und berichten von einer tieferen Bindung zwischen sich und dem Pflegebedürftigen. Es existieren jedoch Berichte, in denen pflegende Angehörige ihre Überforderung, mit der Situation der Pflege, zum Ausdruck bringen. Viele Angehörige sind erheblich eingeschränkt und belastet bzw. sogar überlastet. Wird der pflegerische Aufwand zu groß, kann sich das in körperlichen und/oder seelischen Beschwerden äußern. Oftmals erkennen pflegende Angehörige erst sehr spät, dass sie ihre eigene Gesundheit gefährden und mit ihren Kräften an Grenzen stoßen. Viele erkennen dabei nicht, dass ihr hohes Engagement langfristig weder ihnen selbst, noch dem erkrankten Angehörigen hilft. Da wir in naher Zukunft verstärkt auf die Pflege durch die Angehörigen zurückgreifen werden müssen, ist eine Schulung, Ausbildung und Begleitung für pflegende Angehörige deshalb sehr wichtig. Dass diese Beratung und Begleitung zum momentanen Zeitpunkt qualitativ und quantitativ nicht ausreichend ist, wollen wir im Rahmen unserer Bachelorarbeit zeigen.

Im Kapitel 2 „Pflege in der Bundesrepublik Deutschland“ möchten wir dazu vorab ein allgemeines Augenmerk auf die demographischen Veränderungen in Deutschland und die sich daraus ergebenden Folgen legen. An dieser Stelle werden von uns Statistiken als Untersuchungsinstrument genutzt.

Das 3. Kapitel befasst sich aus der Sicht des Gender-Mainstreaming mit den pflegenden Angehörigen und weist auf einige Probleme und die Wissensdefizite hin.

Die schwer überschaubare Komplexität der Hilfsmöglichkeiten wird im 4. Kapitel näher beleuchtet. Dabei machen wir darauf aufmerksam, dass dieser Umstand und andere Hürden daran hindern, diese Hilfen anzunehmen.



Das 5. Kapitel ordnet der Profession Soziale Arbeit eine klare Rolle zu. Welche institutionellen, personellen und inhaltlichen Ausbaumöglichkeiten im Bereich der Angehörigenedukation zwingend notwendig sind und welche Funktion ein Pflegeberater/Case Manager dabei spielen kann, soll dabei erläutert werden.

Abschließend gehen wir auf die Forschungen ein, die es in Zukunft braucht, um die Bedürfnislagen der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen noch besser wahrnehmen und die Unterstützungsmöglichkeiten diesen Bedürfnissen besser anpassen zu können.

# **TEIL I – THEORETISCHE ANALYSE**

## **2 Pflege in der Bundesrepublik Deutschland**

*Von Maria Häder*

In diesem Kapitel werden der heutige Stand der Pflege sowie Pflegeformen/Wohnformen im Alter erläutert. Vorab wird auf die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) eingegangen. Anhand dieser Entwicklung kann bereits deutlich gemacht werden, wie sehr aufgrund der steigenden Hochaltrigkeit und dem Rückgang der jüngeren Bevölkerung, die Pflege der älteren Menschen immer mehr auf der Kippe steht. Das heißt, vor allem die Versorgung der älteren pflegebedürftigen Menschen gehobenen Alters kann laut diverser Prognosen (z.B. Pflegereport der Bertelsmann Stiftung) in Zukunft nicht mehr in entsprechendem Maß und Umfang gewährleistet werden, wie es sich u. a. der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wünscht bzw. vorsieht. Dieser Zustand resultiert weiterhin auch aus dem wachsenden Fachkräftemangel im Bereich der Pflege, welcher in der letzten Zeit in den Medien oft diskutiert wird. Diesem Mangel möchte in diesem Kapitel ebenfalls auf den Grund gegangen werden.

### **2.1 Demographischer Wandel**

*Von Maria Häder*

Die Bevölkerungsstruktur verändert sich in der BRD zunehmend. Die Zahl der älter werdenden Menschen steigt unablässig an, jedoch wird der Anteil der geborenen Kinder mit jeder Generation weniger. Dieser Wandel ist grundlegend sowie dauerhaft und wird in unserer Gesellschaft immer stärker spürbar werden. Die steigende Lebenserwartung in der BRD wirkt sich zudem direkt auf die Situation pflegender Angehöriger aus.

Betrachtet man die grafische Darstellung der Altersstruktur von Deutschland aus dem Jahr 1950, so konnte man damals noch von einer sogenannten *Alterspyramide* sprechen. Das heißt, neben der tendenziell steigenden Geburtenrate war die Lebenserwartung zu diesem Zeitpunkt eher gering (vgl. Abb.1: BMFSFJ 2015, [www.bmfsj.de](http://www.bmfsj.de)). Der deutsche Bevölkerungswissenschaftler Dr. Marc Luy hat Daten zu Trends und Unterschieden im Kontext zur Lebenserwartung in West- und Ostdeutschland zusammengestellt. Zu seinen bekanntesten Forschungen zählt die sogenannte *Klosterstudie*, welche sich mit den Mechanismen von Gesundheit, Alterung und Lebenserwartung beschäftigt. Laut Dr. Luy belegen die Daten aus dem Jahr 1950, dass die Lebenserwartung bei Frauen 68,02 Jahre betrug und bei Männern 63,95 Jahre (vgl. Luy 2014, [www.lebenserwartung.info](http://www.lebenserwartung.info)). Heutzutage ist dem entgegen ein enormer Anstieg der Lebenserwartung zu verzeichnen. In den Jahren 1998 – 2000 betrug die Lebenserwartung bei der Geburt in der BRD für Frauen 80,8 Jahre und für Männer 74,8 Jahre. Prognosen deuten darauf hin, dass für Frauen diese Zahlen im Jahre 2050 auf 86,6 Jahre ansteigen werden und bei den Männern auf 81,1 Jahre (vgl. Milisen/De Maesschalck/Abraham 2004, S. 4). Auch die grafische Darstellung in Abb. 1 gibt diese Tendenz wieder, so verändert sich die Altersstruktur weg von der sogenannten *Alterspyramide* hin zu einer eher undefinierbaren Darstellung. Im Jahre 2050 könnte man fast von einer ausgewogenen Altersstruktur sprechen bezüglich der Zahlen von der Geburt an bis hin zum ca. 90. Lebensjahr. Jedoch wird sich laut dem statistischen Bundesamt die Zahl der Gesamtbevölkerung in der BRD über die nächsten Jahre hinweg zunehmend verringern. Bis zum Jahr 2050 wird die Zahl der Bevölkerung von derzeit rund 80 Millionen auf ca. 70 Millionen schrumpfen, im Jahre 2060 belaufen sich die Prognosen auf lediglich ca. 65 Millionen Einwohner in Deutschland (vgl. DESTATIS 2014, [www.destatis.de](http://www.destatis.de)).

### **2.1.1 Anstieg der Lebenserwartung**

*Von Maria Häder*

Einer der Gründe für den demographischen Wandel liegt in dem sich stetig weiter entwickelndem Fachbereich der Medizin. Mit dem Einhergehen des medizinischen Fortschritts können mittlerweile viele Krankheiten geheilt werden, dennoch ist der Mensch nicht unsterblich. Der Prozess des Sterbens hat sich eher zu einem langen Prozess ausgeweitet. „Früher starben die meisten Menschen an Infektionskrankheiten, die einen schnellen und gnädigen Tod herbeiführten. Heute leiden viele Menschen an langsam verlaufenden chronischen Krankheiten, die damals kaum auftraten, ..., die schließlich zu einer ständiger Abhängigkeit von Hilfe und Pflege führen. Die Pflege ist zu einer eigenen Lebensphase geworden, sowohl für die Betroffenen als auch für die pflegenden Angehörigen“ (Fuchs 2000, S. 11f.). Aufgrund des Anstiegs der Lebenserwartung ist weiterhin mit einer Zunahme der Multimorbidität, d.h. dem gleichzeitigen Auftreten bzw. Bestehen mehrerer Krankheiten bei einem Menschen in der höheren Lebensphase zu rechnen. Diese Lebensphase wird demzufolge mit großer Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet sein (siehe folgenden Abschnitt 2.2).

Wie bereits im Abschnitt 2.1 ersichtlich, weisen Frauen im Durchschnitt eine höhere Lebenserwartung als Männer auf. Wissenschaftler versuchen bereits seit Jahren herauszufinden, weshalb Männer eine kürzere Lebenserwartung haben als Frauen. Unterschiede könnten genetische, physiologische, verhaltensspezifische oder umweltbedingte Gründe sein. „Einer der wichtigsten Gründe für die unterschiedliche Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern ist das risikoreiche Leben der Männer in ihrer Jugend: Im Alter von 16 bis 24 Jahren liegt die Mortalität (das heißt die Anzahl der Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum) durch Verkehrsunfälle oder Drogen bei den Jungen dreimal höher als bei den Mädchen. Insgesamt sind drei Viertel der Todesopfer bei Verkehrsunfällen männlich. Männer begehen auch weitaus häufiger Selbstmord als Frauen. Drei Viertel der Suizide in Deutschland werden von Männern verübt. Diese klei-

ne Gruppe der Männer, die jung sterben, senkt die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer insgesamt“ (Hohmann 2014, [www.pharmazeutische-zeitung.de](http://www.pharmazeutische-zeitung.de)).

Allgemein hat der Fakt, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung aufweisen, u.a. eine zur Folge: Im höheren Alter kann man davon ausgehen, dass aufgrund der niedrigeren Lebenserwartung der Männer, diese auch eher diverse Krankheiten erleiden werden, welche eine Hilfe- und Pflegebedürftigkeit oftmals unabdingbar machen. In nicht wenigen Fällen tritt dabei die Ehefrau an erster Stelle der pflegerischen Versorgung. Darauf wird im 3. Kapitel gesondert eingegangen.

### **2.1.2 Folgen des demographischen Wandels auf die Pflege**

*Von Maria Häder*

Die Auswirkungen des demographischen Wandels haben insbesondere Folgen für die Pflegebranche. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) beschreibt in diesem Kontext: „In Zukunft werden zunehmend ältere, multimorbide und demente Patienten von immer älterem Pflegepersonal versorgt. Die Folgen der Bevölkerungsentwicklung werden nicht nur im Bereich der Versorgung und der sozialen Absicherung zu spüren sein, denn immer weniger junge, berufstätige Menschen werden für die Altersversorgung der Pensionäre von morgen aufkommen müssen. Auch für die Arbeitswelt wird diese Entwicklung neue Herausforderungen mit sich bringen“ (BGW 2014, [www.bgw-online.de](http://www.bgw-online.de)). Im Abschnitt 2.2 wird ausführlich auf die Folgen des demographischen Wandels für die Pflege bzw. die Ausmaße auf die Pflegebedürftigkeit eingegangen werden. Neben den gravierenden Folgen für die Pflege, weist der demographische Wandel auch noch andere Auswirkungen auf. Der deutsche Wirtschaftswissenschaftler Prof. Axel Börsch-Supan geht in seiner Publikation *Ökonomische Folgen des Demographischen Wandels* u.a. auf die ökonomischen Folgen der veränderten Altersstruktur in der Bevölkerung ein.

Demnach bedeutet dieser Wandel auf längere Sicht, dass es viele ältere Menschen mit Rentenanspruch geben wird, aber umso weniger Menschen, welche einen Beitrag in die bestehende Rentenversicherung einzahlen werden. Demzufolge wird es auch viele ältere Personen geben, die diverse Leistungen, z. B. für Pflege, aus der gesetzlichen Krankenkasse benötigen, aber durch den Rückgang der Geburtenrate werden immer weniger jüngere Menschen die Beiträge in die gesetzliche Krankenversicherung einzahlen können (vgl. Börsch-Supan 2014, [www.charta-der-vielfalt.de](http://www.charta-der-vielfalt.de)). Weiterhin ist ein hohes Aufkommen von Versorgungsengpässen auf dem Land zu verzeichnen. „Angesichts kommender Herausforderungen durch die Demographie in Deutschland treten vor allem ländliche Regionen mehr und mehr in den Mittelpunkt. Ärztemangel ist nur ein Faktor, den es schon heute zu beobachten gilt. Fehlender oder wegziehender Nachwuchs gefährdet den sozialen Zusammenhalt. Die Industrie auf dem Land findet immer schwerer die benötigten neuen Mitarbeiter, ganze Landstriche verwaisen. Dieser Entwicklung muss dringend entgegengesteuert werden, denn die Konsequenzen immer dramatischerer demographischer Verschiebungen können verheerend sein“ (Sentiso 2014, [www.sentiso.de](http://www.sentiso.de)).

### **2.1.3 Fachkräftemangel in der Pflege**

*Von Maria Häder*

Nicht nur ein Ärztemangel geht mit der sog. Überalterung der Bevölkerung bzw. dem demographischen Wandel einher, sondern auch ein Pflegekräftemangel. Abgesehen davon betrifft der demographische Wandel weitaus mehr Berufsfelder als allein die medizinische und pflegerische Versorgungsbranche. Durch den Geburtenrückgang bleiben heutzutage immer mehr Lehrstellen unbesetzt. Demzufolge blicken viele Firmen/Betriebe usw. in eine unsichere Zukunft, inwieweit sie ihre Arbeit noch in der Qualität ausführen können wie bisher. Zumal in der heutigen Arbeitswelt neben der Qualität auch die Quantität einen großen Stellenwert einnimmt. Das bedeutet für viele Arbeitnehmer, dass im gleichen Zeitrahmen wie bisher noch mehr geleistet werden muss. Dennoch darf und sollte die Qualität nicht darunter leiden. Dass die Unzufriedenheit in der Arbeits-

welt mehr und mehr steigt, ist schon durch das vermehrte Streikaufkommen zu spüren (aktuelles Bsp.: Versanddienst Amazon). In dieser Bachelorarbeit wird jedoch nicht ausführlicher auf die allg. Veränderung der Arbeitswelt eingegangen, da diese Thematik aufgrund des Umfangs gesondert betrachtet werden sollte.

Um zurückzukommen auf den Fachkraftmangel in der Pflege ist dieser bereits seit geraumer Zeit Thema in den Medien und der Politik. Aufgrund des beschriebenen demographischen Wandels (Abschnitt 2.1) bzw. dem Rückgang der Geburtenrate in der BRD in den letzten Jahren, kommt es u.a. in diesem Berufszweig zu einem Defizit im Bereich der Ausbildung zum Fachpersonal. Durch den Anstieg der Lebenserwartung und der daraus resultierenden Erhöhung der Anzahl an Hilfsleistungsempfängern in Deutschland werden in den nächsten Jahren mehr Pflegekräfte benötigt, welche die Versorgung jener pflegebedürftigen Menschen gewährleisten und absichern müssen. Um mehr jüngere Menschen für diesen Berufszweig gewinnen zu können, versucht nun die Politik berufliche Möglichkeiten in der Pflege attraktiver zu gestalten. Durch verbesserte Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen (wie z.B. mehr Zeit für die Pflege, d.h. auch mehr Zuwendung für die zu pflegenden älteren Menschen), weniger Bürokratie und einer verbesserten Vergütung durch die Einführung des Mindestlohns seit dem 01.01.2015, sollen die jungen Menschen motiviert werden, in diesem Bereich bevorzugt arbeiten zu wollen. Weiterhin wird auch versucht durch den Bundesfreiwilligendienst vermehrt junge Männer für den Pflegeberuf zu akquirieren. Auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie spielt eine immer größere Rolle. So z.B. bei der Festlegung der Urlaubstage im Kalenderjahr wünschen Arbeitnehmer mit schulpflichtigen Kindern, dass sie bevorzugt entsprechend diese Tage in den Ferien einlegen können. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erläuterte dazu: „Bereits Ende des Jahres 2012 hat die Bundesregierung mit den Bundesländern vereinbart, dass die Zahl der Ausbildungsplätze im Bereich der Altenpflege bis 2015 deutlich erhöht wird. Der Altenpflegeberuf soll attraktiver, die Möglichkeiten von Fortbildungen und Umschulungen verbessert und erleichtert werden. Damit sollen bis zu 4.000 Pflegehelferinnen und Pflegehelfer für eine weitere Qualifizierung gewonnen werden. Die Bundesagentur für Arbeit unterstützt die Umschulung zur Altenpflege-

fachkraft durch die Finanzierung auch des dritten Umschulungsjahres. Diese Verbesserungen haben bereits erste Erfolge gezeitigt: Die Zahl der Schüler/innen in der Altenpflege ist zuletzt deutlich angestiegen“ (BMG 2015 [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)). Dennoch schützen die Prognosen des BMG nicht davor, dass bereits jetzt schon ein erheblicher Mangel an Pflegekräften zu verzeichnen ist. In einem Bericht des Focus-Online vom 12.03.2014 wird dazu erläutert: „Die Zahl der gemeldeten Stellen für examinierte Altenpflegekräfte habe die Zahl der gemeldeten Arbeitslosen im Januar „deutlich überschritten“, heißt es nach Angaben der Zeitung in der Analyse weiter. Im Schnitt der vergangenen zwölf Monate seien auf 100 gemeldete Stellen nur 42 arbeitslose Altenpflegefachkräfte gekommen“ (FOCUS Online 2015, [www.focus.de](http://www.focus.de)). Aus diesem Umstand heraus warb die Bundesregierung auch um ausländische Fachkräfte, z.B. aus den Philippinen, Tunesien, Serbien und Bosnien-Herzegowina. Der erwartete Zustrom blieb jedoch aus (vgl. Die Welt 2015, [www.welt.de](http://www.welt.de)).

Im Rahmen dieser Arbeit ist daher die Überlegung und v.a. Umsetzung unabdingbar, dass Angehörige von zu pflegenden älteren Menschen entsprechend qualifiziert werden müssen. Leider werden Maßnahmen dahingehend bisher in der Politik nur wenig bis überhaupt nicht berücksichtigt.

## **2.2 Dimensionen der Pflegebedürftigkeit im Alter**

*Von Maria Häder*

Meist sind die Übergänge zwischen normalen Alterungsprozessen und eigentlicher Krankheit fließend, genau wie diejenigen zwischen normaler Minderung und der Störung bzw. krankhaften Beeinträchtigung von Fähigkeiten. Mit zunehmendem Alter fällt es dem Menschen schwerer, neue Aufgaben und Funktionen wahrzunehmen und sich an neue Umweltbedingungen anzupassen, insbesondere dann, wenn das *natürliche* Altern von Störfaktoren, die den Alterungsprozess latent begleiten, belastet wird. Während des natürlichen Alterungsprozesses verfügt der Mensch über Anpassungsmechanismen, die es ihm



ermöglichen, Alltagsbelastungen zu meistern. Es wird angenommen, dass bei einem rein physiologischen Alternswandel alle Organe weitgehend synchron altern, während eine besonders starke und ungenügende Leistung, Schwäche eines Organs als pathologischer Prozess angesehen wird (vgl. Gaida 2000, S.807).

Die Tatsache, dass in den letzten Jahrzehnten vor allem die Anzahl der Hochbetagten erheblich zugenommen hat, ist mitverantwortlich für die Zunahme der chronischen Erkrankungen, welche den älteren Menschen zum Teil schon ein Leben lang begleiten. Es können weiterhin auch Krankheiten auftreten, welche aufgrund ihrer Häufigkeitsverteilung eng an das hohe Alter geknüpft sind: sog. Primäre Alterskrankheiten und/oder Krankheiten, welche in allen Lebensabschnitten auftreten können, so auch im Alter. Sie können voneinander unabhängig, aber auch zeitlich synchron auftreten (vgl. ebd., S.807). Jene Krankheiten, welche im höheren Alter auftreten können, bedürfen häufig einer Form von Hilfs- und/oder Unterstützungsmöglichkeit, da in dieser Lebensphase meist verzögerte bzw. längere Erholungszeiten während oder nach einer Erkrankung bestehen und, wie bereits erwähnt, es zu einer Beeinträchtigung der Fähigkeiten kommt. Das heißt der Körper bewältigt diverse Krankheiten nicht mehr so schnell wie noch in jüngeren Jahren. Allein schon eine gewöhnliche Grippe kann einen älteren Menschen kurzfristig (in manchen Fällen auch längerfristig) zu einem Pflegefall werden lassen, während die jüngeren Menschen meistens mit diesen Symptomen noch ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen können.

### **2.2.1 Stigmatisierung des Alters**

*Von Maria Häder*

Bevor es nun um die Dimensionen der Pflegebedürftigkeit gehen soll, gilt es noch eine wichtige Thematik im Kontext Alter aufzugreifen und zwar die Stigmatisierung dessen. Geprägt hat diesen Begriff der amerikanische Soziologe Erving Goffman in seinem 1963 erschienenen Werk: *Stigma – Notes on the Ma-*

*agement of Spoiled Identity* (dt.: *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*). Der Begriff Stigmatisierung wird nach Goffman wie folgt definiert: „Ein Individuum, das leicht in gewöhnlichen sozialen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, dass wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden, wodurch der Anspruch, den seine anderen Eigenschaften an uns stellen, gebrochen wird“ (Goffman 1975, S. 13). Jene Definition erläutert, dass Stigmatisierungen weniger auf äußerliche Merkmale zurückgreifen, sondern mehr auf negative Projizierungen von Eigenschaften hinweisen. Demnach werden ältere Menschen stigmatisiert, indem ihnen Zuschreibungen obliegen, wie z. B. sie würden sehr oft einen Arzt aufsuchen, sie würden Veränderungen ablehnen oder, und das tritt am häufigsten in Erscheinung, sie hätten viele Krankheiten. Diese negativ behafteten Stigmatisierungen über das Älterwerden führen dazu, dass der letzte Lebensabschnitt für die älteren Menschen als sehr problematisch angesehen wird. Oftmals verhalten und fühlen sie sich gemäß den ihnen zugeschriebenen Stereotypen, weil es von ihnen erwartet wird. Daher beeinflussen diese das Selbstbild und das tatsächliche Verhalten der älteren Menschen. „Ein Stigma wird durch andere Menschen, Gruppen oder Organisationen vergeben. Sie stigmatisieren, also bezeichnen, eine Person als verrückt, verwirrt oder andersartig. Stigmata haben für eine Gesellschaft eine entlastende Funktion. Sie machen eine Person oder eine Gruppe zum Symbol für Abweichungen, Andersartigkeit oder Missstände. Ihnen wird moralisch die Schuld für Entwicklungen in der Gesellschaft gegeben, ...“ (Stanjek 2013, S. 185).

In diesem Kontext sprach man vor einigen Jahren noch von der Theorie des sog. Defizitmodells (auch heute findet es noch in diversen Zusammenhängen Beachtung). Inhaltlich geht es vom Zusammenspiel des zunehmenden Lebensalters und der damit einhergehenden defizitären Entwicklung aus, d. h. „je älter ein Mensch wird, desto mehr Defizite stellen sich ein. Altern ist der Verlust von emotionaler, kognitiver und physischer Leistungsfähigkeit“ (Alternstheorien 2015, [www.pflegeportal-chemnitz.de](http://www.pflegeportal-chemnitz.de)). Mittlerweile ist diese Theorie nicht mehr sehr gängig, da sie u.a. die individuellen Lebenserfahrungen der älteren Menschen nicht beachtet und sie verkennet, dass „auch wenn im Alter die Informati-

onsverarbeitung langsamer erfolgt, sie trotzdem noch vorhanden ist, und das muss Berücksichtigung finden“ (ebd., [www.pflegeportal-chemnitz.de](http://www.pflegeportal-chemnitz.de)).

### **2.2.2 Potenziale des Alters**

*Von Maria Häder*

Im Gegensatz zur Stigmatisierung ist bei der Lebensqualität und den Potenzialen im (hohen) Alter von einer positiven Assoziation die Rede. „Demnach verfügen ältere Menschen über vielfältige, im Grundsatz lediglich brachliegende Ressourcen, Kompetenzen und Potenziale. Diese könnten und sollten nicht nur individuell für ein besseres eigenes Älterwerden, sondern auch im Interesse der Gesellschaft besser genutzt werden“ (Naegele 2011, S. 37). Das Interesse der Menschen an einer verbesserten Lebensqualität im (hohen) Alter steigt zunehmend. Nicht nur allein die medizinische Versorgung ermöglicht die Verbesserung, sondern auch die Lebensbedingungen haben sich zum Positiven verändert. Der 4. Bericht zur Lage der älteren Generation des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) enthält eine Befragung von 1998, bei der Personen ab dem 40. Lebensjahr ihr Wohlbefinden und ihre Zufriedenheit hinsichtlich vorgegebener Bereiche bewerten bzw. ihren persönlichen Stellenwert angeben sollten. Bei den Bereichen handelte es sich um: Arbeit, Familie, Einkommen, Liebe, politischer Einfluss, beruflicher Erfolg, Freizeit, Glaube, Gesundheit, Umweltschutz und Schutz vor Kriminalität (vgl. Abb. 2: BMFSFJ 2014, [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)). In Westdeutschland nahmen v.a. die Bereiche Liebe, Familie und Gesundheit einen hohen Stellenwert ein, ebenso in Ostdeutschland, wobei die Befragten hierbei noch das Einkommen als sehr wichtig befanden (vgl. ebd., [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)). „Die Bedeutung der Familie wird in der Phase des Lebens am höchsten eingestuft, in der sie den zentralen Lebensmittelpunkt bildet, also in der mittleren Altersgruppe. Ältere, aber auch jüngere Personen stufen die Bedeutung der Familie im Vergleich dazu niedriger ein, auch wenn die Familie im Vergleich der verschiedenen Lebensbereiche in allen Altersgruppen einen zentralen Stellenwert einnimmt. Dagegen nimmt die Ge-

sundheit in dem Maße an Bedeutung für die Lebensqualität und das Wohlbefinden zu, wie sie mit zunehmendem Alter prekär und gefährdet erscheint oder gar beeinträchtigt wird“ (BMFSFJ 2014, [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)). Das Ergebnis lässt Rückschlüsse zu, dass aufgrund des höher werdenden Stellenwertes von Familie und Gesundheit mit zunehmendem Alter, auch die Thematik der Angehörigenarbeit mehr an Bedeutung gewinnt. Denn kommt es im Verlauf des Lebens zu gesundheitlichen Einschränkungen, wünscht sich ein Großteil der Menschen v.a. im Alter, dass neben der medizinischen Versorgung auch die Familie eine größere und v.a. unterstützende Rolle einnimmt.

Im Bereich der Dimensionen von Pflegebedürftigkeit sind eine Reihe von Untersuchungen im Umlauf, deren Resultate oftmals erheblich voneinander abweichen. Die ermittelten Werte pflegebedürftiger Personen schwanken zwischen 1,5 – 10% (betrifft die Altersgruppe der über 65jährigen). Diese Abweichungen ergeben sich aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (vgl. Fuchs 2000, S.14). „Pflegebedürftigkeit ist nicht gleich Pflegebedürftigkeit. Es macht einen großen Unterschied, ob eine Person einmal in der Woche Hilfe beim Einkauf braucht, ob sie bettlägerig, aber geistig völlig klar ist oder ob sie stark desorientiert ist, körperlich dagegen unbeeinträchtigt“ (ebd. 2000, S.14).

### **2.2.3 Definitionen von Pflegebedürftigkeit**

*Von Maria Häder*

Der Begriff Pflegebedürftigkeit beinhaltet zwei Definitionen, zu einem aus der Sicht der Pflege und zum anderen aus der Sicht des Gesetzgebers. Aus der Position der Pflege wird erklärt: „Pflegebedürftigkeit 'entsteht dann, wenn ein Mensch in seiner Lebensführung so stark eingeschränkt ist, dass für die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen und Aktivitäten des täglichen Lebens fremde Hilfe benötigt wird' “ (Gaida 2000, S.807, zit. n. Rückert 1997, S.18). Mit *fremder* Hilfe sind hierbei u.a. Familienangehörige, nahestehende Freunde sowie auch Professionelle (zum Beispiel Altenpfleger, Gesundheits- und Kranken-

pfleger, etc.) gemeint. Im Sinne der Pflegeversicherung, d. h. nach dem § 14 Abs. 1 SGB XI, bedeutet Pflegebedürftigkeit „Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichen oder höherem Maße (...) der Hilfe bedürfen“ (Stascheit 2010, S. 549). Jene Verrichtungen des täglichen Lebens führen zu einer Hilfsbedürftigkeit, dazu gehören laut Gesetz folgende Aktivitäten des täglichen Lebens: die Körperpflege, die Ernährung, die Mobilität und auch die hauswirtschaftliche Versorgung, vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI. In seiner Definition erläutert das SGB XI ausschließlich eine sog. verrichtungsorientierte Pflegebedürftigkeit, „das heißt nicht Schmerzen, die Schwere der Krankheit, der nahende Tod oder Belastungen, die unmittelbar aus einer Krankheit entstehen, werden für die Pflegebedürftigkeit geprüft oder sind für die Gewährung von Leistungen ausschlaggebend, sondern allein die potenzielle Fähigkeit alltägliche Verrichtungen durchzuführen“ (Gröning/Lietzau 2011, S. 1081).

In ihrem Wesen sind die oben aufgeführten Definitionen von Pflegebedürftigkeit identisch, bis auf das im Gesetzestext die Dauer der bestehenden Erkrankung/Behinderung genau angegeben ist. Die eben definierten Pflegebedürftigen werden heutzutage in 4 Pflegestufen eingeteilt. Dazu gibt das BMG (Bundesministerium für Gesundheit) als erstes die sogenannte Pflegestufe 0 an. Als „Jüngste“ der bereits länger bestehenden Pflegestufen 1-3 ist diese Pflegestufe erst am 01.07.2008 in Kraft getreten. In der Pflegestufe 0 besteht erstmals Anspruch auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. Zudem können nun bereits seit dem 01.01.2013 in der Pflegestufe 0 Verhinderungspflege sowie Pflegehilfsmittel und Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds in Anspruch genommen werden (vgl. BMG 2014, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)). Die Pflegestufe 0 war ein enormer Wegbereiter für das Einstufen der v.a. dementiell erkrankten Menschen in das Pflegesystem. Bis 2008 war es für Professionelle sowie auch für Angehörige ein sehr steiniger und schwieriger Weg, für die zu pflegende Person mit der Diagnose (einer beginnenden) Demenz eine Pflegestufe zu bekommen. Oftmals ist die Demenz im Anfangsstadium „nur“ durch Gedächtnisstörungen gekennzeichnet, das heißt

neue Informationen und Ereignisse werden nicht mehr in dem Maße abgespeichert, wie es bei einem gesunden Menschen der Fall ist. Weiterhin treten zeitliche und/oder örtliche Desorientierungen auf. Wiederrum sind jene Erkrankten im Anfangsstadium zum großen Teil körperlich meistens noch sehr fit und mobil. Dieser Umstand machte es bis 2008 sehr schwer, eine Pflegestufe zu bekommen (damals nur Pflegestufe 1 – 3), denn diese Pflegestufen orientieren sich an die Bereiche der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität). Anzumerken sei, dass die Pflegestufe 0 bisher noch nicht im Gesetzestext verankert ist, da sie nicht dem Umfang der Pflegebedürftigkeit bedarf, wie es in den Stufen 1-3 vorgegeben ist. Um eine Pflegestufe (1-3) erhalten zu können muss mind. ein Bereich aus den oben angeführten Verrichtungen des täglichen Lebens betroffen sein, bei dem die zu pflegende Person täglich Hilfe und Unterstützung benötigt. „Dabei ist es wichtig, dass der Umfang der Hilfsbedürftigkeit jeweils ein zeitliches Mindestmaß erreicht. Er wird am den Zeitaufwand gemessen, den ein Familienangehöriger oder eine nicht ausgebildete Pflegekraft für die notwendigen Arbeiten aufbringen muss und muss im Tagesdurchschnitt mindestens folgende Werte erreichen: In der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten, hiervon müssen mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen. In der Pflegestufe II mindestens 3 Stunden, hiervon müssen mindestens 2 Stunden auf die Grundpflege entfallen. In der Pflegestufe III mindestens 5 Stunden, hiervon müssen mindestens 4 Stunden auf die Grundpflege entfallen“ (Mürbe 2013, S. 304). Wenn eine Pflegestufe beantragt wird, meistens durch Angehörige und/oder professionell Pflegenden, überprüft der MDK ob und gegebenenfalls in welcher Stufe Pflegebedürftigkeit bei der zu pflegenden Person vorliegt.

Der Wunsch vieler Pflegebedürftiger ist, dass sie solange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit gepflegt werden, vornehmlich durch die Familienangehörigen. Je nachdem welche Erkrankung, Einschränkung und auch Wohnsituation vorliegt bzw. gegeben ist, existieren mittlerweile viele verschiedene Pflegeformen neben der „üblichen“ Häuslichkeit oder gar dem meist unbeliebten Umzug in ein Pflege-/Seniorenheim.

## **2.3 Stand der Pflege & Pflege-/Wohnformen im Alter**

*Von Maria Häder*

Mittlerweile werden an die Pflege hohe Ansprüche gestellt. Dieser Umstand resultiert aus Veränderungen in der Gesellschaft und auch aufwandsbezogene Umstellungen innerhalb des Pflegeberufes. Durch den demographischen Wandel, epidemiologische Veränderungen (Zunahme von Zivilisationskrankheiten (z.B. Diabetes mellitus) und den strukturellen Neuerungen (erhöhtes Arbeitspensum, steigende Qualitätsansprüche, etc.) ergeben sich Konsequenzen für die Pflege (vgl. Haas 2005, S.6). Die Pflegebranche ist eine der wenigen Bereiche in der die Fluktuation des Personals sehr immens ist. Dieser Umstand beginnt schon mit zu niedrig gezahlten Löhnen (v.a. im privaten Sektor, wo keine Tarifverträge bestehen) und endet mit verheerenden Arbeitsbedingungen (z.B. ist in einigen vornehmlich ambulanten Pflegediensten das Personal dazu verpflichtet, allein in einer einzigen 8-stündigen Schicht mind. 30 Klienten/Patienten medizinisch und/oder pflegerisch zu versorgen). Die Unzufriedenheit der Pflegekräfte ist sehr hoch, positive Veränderungen dahingehend passieren, wenn überhaupt, nur sehr langsam und in sehr kleinen Schritten. Aber wer fragt nach der Klienten-/Patientenzufriedenheit? Wie reagieren sie auf den ständigen Personalwechsel? Wollen sie überhaupt von „fremden“ Menschen gepflegt werden oder nicht doch lieber von ihren Angehörigen? Diese Fragen bleiben in all den Diskussionen rund um die Pflege scheinbar belanglos. Um dieses Thema verstärkt in den Fokus zu setzen, wird im folgenden Abschnitt zunächst eruiert, welche Pflegeformen derzeit bestehen und inwieweit sie von den älteren Menschen bevorzugt werden oder eher mit einer ablehnenden Haltung gesehen werden.

Heutzutage existieren eine Vielzahl an Pflegeformen, welche es den zu Pflegenden sowie den Angehörigen ermöglicht, solange es geht in der eigenen Häuslichkeit zu leben. „Entgegen den Vorstellungen in der Öffentlichkeit leben nur 31% aller alten Menschen über 65 Jahre in Pflegeeinrichtungen. Der weit-aus größte Teil der älteren Menschen lebt in einer Privatwohnung und möchte

dort auch so lange wie möglich wohnen bleiben“ (Stanjek 2013, S. 166). Wie schon die Redensart besagt *Einen alten Baum verpflanzt man nicht* so nimmt die Bedeutung der eigenen Wohnung mit dem Älterwerden zu. Oftmals sind die Wohnlage, deren Ausstattung, die Anbindung zu Ärzten und Einkaufsmöglichkeiten und auch der soziale Austausch z.B. mit den Nachbarn sehr wichtige Kriterien, die Überlegungen notwendig machen, von einem vorzeitigen Umzug z.B. in eine Pflegeeinrichtung abzusehen.

### **2.3.1 Wohnen im eigenen Haushalt**

*Von Maria Häder*

Wie oben bereits erwähnt, wünschen sich ein Großteil der älteren Menschen ihr Lebensalter in der eigenen Wohnung verbringen zu dürfen. Diesem Wunsch sollte in jedem Fall nachgekommen werden, solange eine Gefährdung für ihn ausgeschlossen werden kann. Unter einer Gefährdung sollen hierbei entweder eine unzureichende Wohnsituation und/oder eine Erkrankung, die eine Versorgung rund um die Uhr benötigt, verstanden werden. Heutzutage gibt es die Möglichkeit anhand einer sog. Wohnraumanpassung bauliche Veränderungen vornehmen zu lassen. So z.B. die Beseitigung von Türschwellen für Rollstuhlfahrer, die Anpassung des Mobiliars (erhöhte Toilettensitze); Haltegriffe an den Wänden, aber auch der Umbau zu einem behindertengerechten Bad können ermöglicht werden. Das BMG gibt dazu an: „Zu solchen sogenannten Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds kann die Pflegekasse auf Antrag bis zu 2.557 Euro als Zuschuss zahlen, wenn sie dazu dienen, die häusliche Pflege zu ermöglichen oder – gerade auch für die Pflegepersonen – erheblich zu erleichtern oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflege- oder Betreuungsbedürftigen wieder herzustellen“ (BMG 2015, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)). Des Weiteren können in der Häuslichkeit elektronische Assistenzsysteme installiert werden, das sog. Ambient Assisted Living (AAL). Darunter versteht man verschiedene elektronische Systeme, welche mit Senso-



ren ausgestattet sind. Diese Sensoren geben in Notfällen Signale ab, die daraufhin an integriertes Personal (Ärzte; Rettungsdienste; Pflegedienste; etc.) weitergeleitet werden. Die Systeme bestehen u.a. aus Notrufknöpfen, welche um den Hals des Betroffenen gehangen werden oder sich am Handgelenk befinden, d.h. körpernah. So kann der Betroffene im Falle eines Sturzes diesen Knopf betätigen und er sendet damit ein Signal z.B. an eine Rettungsdienststelle (vgl. Jähnichen 2015, [www.vde.com](http://www.vde.com)). Vorab erhält die jeweilige Rettungsdienststelle einen Wohnungsschlüssel des Betroffenen, um sich im Ernstfall einen schnellen Zugang zur Wohnung ermöglichen zu können. Die Handhabung der Geräte ist denkbar einfach, insofern der Betroffene noch die Fähigkeit besitzt bedienen zu können. In einigen Fällen bzw. fortgeschrittenen Krankheitsstadien können diese Assistenzsysteme daher oftmals keine ausreichende Hilfe mehr ermöglichen, da der Betroffene evtl. nicht mehr in der Lage ist, z.B. den Notrufknopf zu betätigen.

#### Ambulanter Pflegedienst

Falls ältere Menschen nun (tägliche/wöchentliche) Hilfe und Unterstützung benötigen, können sie neben der Hilfe durch ihre Angehörigen einen ambulanten Pflegedienst einschalten. Im Verlauf der letzten Jahre hat die Zahl der ambulanten Dienste in Deutschland stark zugenommen. Im Bereich der Pflege, hauswirtschaftlicher Hilfen, Essen auf Rädern, Einkaufsdienste, Fahrdienste (z.B. zu diversen Ärzten), Wäschedienste, medizinische Versorgung (Medikamentengabe, Wundversorgung) etc., bieten sie verschiedene Möglichkeiten an, welche zur Unterstützung der älteren Menschen im Alltag sehr dienlich und oftmals unabdingbar sind. Sind bestimmte Voraussetzungen gegeben, übernehmen die Pflege- bzw. Krankenkassen einen Teil der Kosten für Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Manche ältere Menschen können in einigen Fällen nicht auf ihre Angehörigen zurückgreifen. Zum Beispiel da evtl. Kontaktabbrüche bestehen oder sie gänzlich fehlen (z.B. bei kinderlosen älteren Menschen) oder ihre Angehörigen aufgrund von eigenen Überlastungen oder Krankheiten nicht mehr in der Lage sind die entsprechende Pflege für die Betroffenen zu leisten. Hierbei ermöglichen die ambulanten Dienste den (evtl. alleinstehenden)

älteren Menschen, die Hilfe- und Unterstützung benötigen, dass sie weiterhin in ihrem gewohnten Umfeld leben können (vgl. BMFSFJ 1998, S. 57). Im Bereich der ambulanten Pflege kann es vorkommen, dass sich der Gesundheitszustand der zu versorgenden (älteren) Patienten/Klienten sogar wieder zusehends verbessert (z.B. Versorgung nach einem Unfall). In Absprache mit dem Klienten/Patienten und/oder dem behandelnden Arzt, ist es somit möglich, dass die Pflegezeit bzw. die Einsätze des ambulanten Dienstes verkürzt werden können oder im besten Fall gänzlich entfallen.

### Tages- und Nachtzeitpflege

Diese Pflegeformen zählen unter die sog. teilstationären Angebote. Wie die Namen schon sagen können sie tagsüber oder nachts die Pflege und auch die Angehörigen zu Hause ergänzen bzw. ersetzen. Sie bieten sich an, wenn die Pflegenden entlastet werden möchten. So wird es z.B. Ehefrauen ermöglicht, die ihre Ehemänner mit Pflegestufe 3 pflegen, sich für einige Stunden mit anderen Tätigkeiten (z.B. einen Einkauf, eigene Arzttermine wahrzunehmen, etc.), ohne schlechtes Gewissen, beschäftigen zu können (vgl. ebd., S. 59). Oftmals werden Tagespflegeangebote über ambulante Pflegedienste vermittelt, da diese evtl. schon in die Pflege des Betroffenen involviert bzw. zur Firmenstruktur des Pflegedienstes zugehörig sind. In den Tagespflegen finden u.a. pflegerische (z.B. das Baden in einer Badewanne mit Einstieg oder Lifter), medizinische (z.B. Medikamentengabe), aber auch therapeutische (z.B. kommt eine ambulante Physiotherapie in die Tagespflegeeinrichtung) Maßnahmen statt.

Im Gegensatz zur Tagespflege findet die Nachtpflege bisher noch nicht den gewünschten Anklang in der Gesellschaft, da sie aufgrund der erhöhten Aufwendung auch entsprechend höhere Kosten mit sich bringt. Geeignet ist sie vornehmlich für Menschen mit Demenz, die einen gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus aufweisen. Um hierbei die pflegenden Angehörigen zeitweise entlasten zu können, verbringen die Betroffenen die Nacht in einer Einrichtung, an einem bestimmten Tag/Woche (oder evtl. mehreren Tagen/Woche). Wobei es vorkommen kann, dass aufgrund des Ortswechsels für den Betroffenen die

Nacht noch unruhiger als bisher verlaufen kann (vgl. Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2009, S. 220).

### Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Die Kurzzeitpflege (KZP) findet meist in einer Pflegeeinrichtung auf einer separaten Station statt, sie gilt demnach nicht als teilstationäre sondern als vollstationäre Versorgung. Die KZP dient u.a. zur Stabilisierung von Patienten/Klienten nach einem Krankenhausaufenthalt (vgl. Grond 2014, S. 96). In einigen Fällen müssen Angehörige nach einem Krankenhausaufenthalt evtl. bauliche Veränderungen in den Wohnungen der Betroffenen vornehmen lassen (siehe Abschnitt 2.3.1), somit dient die KZP hierbei als Übergangslösung, damit sich die Betroffenen nicht von baulichen Maßnahmen belästigt fühlen müssen. Die KZP kann nur für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr genutzt werden. Dazu übernehmen die Pflegekassen lediglich einen Teil der allg. Pflegeleistungen wie die der sozialen Betreuung und die Behandlungspflege. Hingegen müssen die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung vom Betroffenen selbst getragen werden (vgl. BMFSFJ 1998, S. 59).

Ähnlich wie bei der KZP organisiert sich die Verhinderungspflege. Auch hier können pro Kalenderjahr 28 Tage in Anspruch genommen werden. Im Vergleich zur Kurzzeitpflege kann hierbei der Betroffene entweder in seiner Häuslichkeit verbleiben oder die Verhinderungspflege erfolgt (wie bei der KZP) in einer geeigneten Einrichtung. Der Mehraufwand der Pflege für den Zeitraum bei Verhinderung, d.h. die Tätigkeiten, die sonst der Angehörige übernimmt, wird z.B. von einem ambulanten Dienst übernommen. „Im Grunde stellen die Leistungen der Verhinderungspflege die Absicherung einer pflegebedürftigen Person im Verhinderungsfall der Pflegeperson dar. In diesem Zusammenhang gibt es vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten. So kann ein Urlaub der Pflegeperson und die daraus entstehenden Leistungen aus der Verhinderungspflege auch als Urlaub der pflegebedürftigen Person genutzt werden. Hierfür gibt es spezielle Einrichtungen, die sich auf die Pflege und gleichzeitigen Erholung spezialisiert haben. Einen Streitpunkt bildet die Frage, ob die Freizeit der pflegebedürftigen

Person ebenfalls durch Leistungen der Verhinderungspflege bezuschusst wird“ (Pflegeversicherung 2015: [www.pflegeversicherung.net](http://www.pflegeversicherung.net)). Die KZP und die Verhinderungspflege können kombiniert werden, jedoch nur nacheinander und nicht zeitgleich pro Kalenderjahr (vgl. Kursana 2015, [www.kursana.de](http://www.kursana.de)).

### **2.3.2 Spezielle Wohnformen älterer Menschen**

*Von Maria Häder*

In einigen Fällen entscheiden sich die älteren Menschen und/oder ihre Angehörigen, aufgrund von benötigter Hilfe und Unterstützung, welche sie fortan benötigen, trotz ihrer Wünsche einen Wohnungswechsel vorzunehmen. Für die Betroffenen resultiert dies meist aus einem Gefühl heraus, dass sie sich um ihre Sicherheit sorgen oder im Verlauf einer Erkrankung auf einen erhöhten Hilfebedarf angewiesen sein könnten. Aber auch weil viele ältere Menschen nicht allein leben wollen, entscheiden sie sich im Alter für einen Umzug. Dafür gibt es heutzutage eine Auswahl an Wohnformen, bei denen jedoch abgewogen werden muss inwieweit sie den Hilfebedarf, den ein älterer Mensch evtl. benötigt, abdecken können.

#### **Mehrgenerationshäuser bzw. -wohnen**

Für viele ältere Menschen ist es wünschenswert, v.a. wenn sie alleinstehend oder verwitwet sind, mit ihren Kindern oder anderen nahen Familienangehörigen zusammenzuleben. Insofern Kontakt zu den Kindern besteht, stellt diese Wohnform einen positiven Effekt für die älteren Menschen dar. Denn Hilfe ist hierbei (fast) immer in der Nähe und sie wird von Menschen geleistet, die man sehr gut kennt bzw. denen man nahe steht und vertraut. V.a. auch die Enkelkinder oder sogar die Urenkel profitieren davon, da die älteren Menschen, insofern sie gesundheitlich noch in der Lage dazu sind, die Betreuung derer für

bestimmte Zeiten übernehmen können. Das Mehrgenerationswohnen hat sich aber auch dahingehend etabliert, sodass es heutzutage nicht nur von Familienangehörigen in Anspruch genommen wird, sondern auch von sich vorher völlig fremden Menschen. Im Rahmen von Projekten, welche in Deutschland ins Leben gerufen wurden, zogen Menschen von jung bis alt gemeinsam in ein Haus ein. Es soll v.a. um das direkte Miteinander gehen, d.h. der gegenseitigen Unterstützung der Hausbewohner untereinander. Denn leider findet man in üblichen Hausgemeinschaften derzeit gehäuft eine starke Anonymität vor, d.h. manch einer weiß nicht einmal, wer sein unmittelbarer Nachbar ist. Dem entgegen wird in den Projekten des Mehrgenerationswohnens der Kontakt eher gefördert, z.B. durch gemeinsames Essen aller Hausbewohner, gemeinsame Feste/Feiern, aber auch durch gegenseitige Unterstützung der jüngeren Menschen und der älteren Bewohner (Einkäufe erledigen, Kinderbetreuung, etc.). „Mehrgenerationenhäuser gelten Befürwortern als gute Alternative zur Vollversorgung von Senioren im Betreuten Wohnen und in Alten- und Pflegeheimen. Passivität und Ausgrenzung der Bewohnerinnen und Bewohner wird ihrer Ansicht im Mehrgenerationenhaus ebenso vermieden wie die kostenbedingt oft nur kurzzeitige Versorgung und Betreuung in Heimen. Außerdem stellen Mehrgenerationenhäuser angesichts des zunehmenden Anteils Älterer in der Gesellschaft eine kostengünstige Alternative zur Aktivierung und Versorgung noch weitgehend selbstständig handelnder Senioren dar, die noch nicht oder nur in geringem Maße pflege- oder betreuungsbedürftig sind. Ihr häufig anzutreffender Wunsch, so lange wie möglich selbstständig zu leben, werde dort erfüllt“ (pflege.de 2015, [www.pflege.de](http://www.pflege.de)).

## Wohngemeinschaften

Neben dem eben beschriebenen Mehrgenerationenhäusern bzw. –wohnen ist auch das Leben in einer Wohngemeinschaft für ältere Menschen eine gute Alternative geworden. Um dem Alleinsein zu entgehen entscheiden sich ältere Menschen mit anderen Leuten gemeinsam in eine Wohnung zu ziehen. Für diese Art des Wohnens werden größere Wohnungen bereitgestellt, welche zum einen WG-geeignet aber auch seniorengerecht gestaltet sind. Wenn Hilfe und

Unterstützung (z.B. Pflege oder Hauswirtschaft) für die älteren Bewohner einer WG benötigt werden, können diese von entsprechenden Diensten (z.B. ambulanter Pflegedienst) in Anspruch genommen werden. Meist finden sich für diese Wohnform vertraute Menschen zusammen. Wie auch in einer üblichen Studenten-WG treffen sich die Bewohner in der gemeinsam genutzten Küche oder einem Gemeinschaftsraum. Dennoch haben alle ihr eigenes Zimmer, in denen jeder seinem individuellen Lebensstil nachgehen kann (vgl. Stanjek 2013, S. 149). „Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums gibt es derzeit ca. 1500 ambulant betreute Wohngemeinschaften für Senioren, in denen acht bis zwölf pflegebedürftige Personen mit sichergestellter Betreuung in (...) einer Wohnung zusammen leben“ (ebd. S. 149).

#### Betreutes Wohnen

Die Häuser, in denen sich das betreute Wohnen befindet, werden meist von Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbänden oder freien Trägern betrieben. Die Wohnungen selbst verfügen oftmals über Barrierefreiheit, einen rollstuhlgerechten Zugang und Personenaufzüge. Zudem können die Mieter/älteren Menschen verschiedene Serviceleistungen in Anspruch nehmen, welche neben der Mietgebühr zusätzlich als Kosten anfallen. Es gibt sog. Grundleistungen, wie z.B. den Hausnotruf, einen Hausmeisterdienst und eine Ansprechperson, welche bei Bedarf die benötigte Serviceleistung organisiert. Zu den Serviceleistungen gehören u.a. eine Mahlzeitenversorgung oder eine hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2009, S. 227f.).

#### Vollstationäre Pflege - Pflegeeinrichtung

Ist bei älteren Menschen ein Wohnen im eigenen Haushalt nicht mehr möglich, aufgrund der eigenen gestiegenen Pflegebedürftigkeit und kann der Bedarf über teilstationäre Angebote und/oder den ambulanten Dienst nicht mehr abgedeckt werden, so bleibt oft nur der Umzug in eine Pflegeeinrichtung. Diese Wohnform wird auch als Langzeitpflege bezeichnet. Die Alternativen, wie Mehrgenerations-

wohnen und Wohngemeinschaft, gibt es bisher vorzugsweise eher in Großstädten und der Umfang solcher Wohnprojekte deckt bei langem noch nicht den Bedarf daran ab. Daher zieht ein Großteil der Pflegebedürftigen nach wie vor in eine Pflegeeinrichtung ein. Für finanziell gut situierte ältere Menschen gibt es auch Alternativen wie Seniorenresidenzen oder Wohnformen mit Eigentumscharakter. Die Pflegeeinrichtungen bieten den älteren Menschen eine professionelle Rundum-Versorgung in den Bereichen Körperpflege, Mobilität, Verpflegung, Unterkunft, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege (vgl. Kursana 2015, [www.kursana.de](http://www.kursana.de)).

## **2.4 Fazit zum Kapitel 2**

*Von Maria Häder*

Das Kapitel 2 diene als umfangreiche, theoretische Einführung in die Komplexität des Themas dieser Bachelorarbeit. Um der Frage auf den Grund gehen zu können weshalb die pflegenden Angehörigen qualifiziert werden sollten bzw. sogar müssen, sind in den vorangegangenen Abschnitten Themen aufgegriffen worden, die es unabdingbar machen die Angehörigen besser zu schulen. Der im Abschnitt 2.1 beschriebene demographische Wandel zeigt schon allein, wo in den nächsten Jahren starke Defizite im Bereich der Unterstützung/Betreuung/Versorgung und Pflege der älteren Menschen aufkommen werden. Er zeigt, dass es bereits jetzt schon an ausreichendem professionellem Pflegepersonal fehlt. Wer soll demzufolge in den nächsten Jahren eine sichere und ordnungsgemäße Hilfe und Unterstützung der älteren Menschen gewährleisten? Die anstehende Überalterung der Bevölkerung in Kontrast zur sinkenden Geburtenrate führt dazu, dass bereits heute sinnvolle Alternativen entwickelt und umgesetzt werden müssen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zukünftiger Senioren und Pflegebedürftigen höheren Alters zu gewährleisten. Auch hier gilt erneut: die Qualifizierung von Angehörigen muss ausgebaut werden. Die Dimensionen der Pflegebedürftigkeit prognostizieren schon, dass

die Erkrankungen im Alter stetig zunehmen, dennoch sollten Stigmatisierungen im Bezug darauf aufgegriffen werden, und es sollte eine verbesserte Aufklärung in der Gesellschaft stattfinden. Denn nicht immer heißt Alter auch gleich Krankheit. Im Gegenzug setzen die Potenziale des Alters neue Ansätze in Kraft, nur sollten sie noch besser ausgeschöpft werden. Hohe Qualitätsstandards aber ebenso hohe Anforderungen an Quantität machen die Arbeit in der Pflege derzeit zu einem immer unbeliebteren Bereich in der Gesellschaft. Dies gilt für professionell Pflegende wie auch für pflegende Angehörige. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass viele Krankheiten im Alter einen schwerstpflegebedürftigen Aufwand aufweisen. Ambulante und teilstationäre Pflegeformen können die Angehörigen mittlerweile sehr gut entlasten, da sie sich in Deutschland entsprechend etabliert haben. Die speziellen Wohnformen wie Mehrgenerationswohnen und Wohngemeinschaften sind noch sehr jung, daher wird sich hier erst ein Ausbau dessen über die nächsten Jahre verzeichnen. Wie die Literatur mehrfach beschrieben hat, wünschen sich der Großteil der älteren Menschen bis an ihr Lebensende im eigenen häuslichen Umfeld leben zu können (obgleich das die bisherige Wohnung ist oder die neueren Wohnformen). Der Umzug in eine Pflegeeinrichtung wird immer unbeliebter, viele ältere Menschen sehen sich bereits in dieser Einrichtung an ihrem Lebensende angekommen. Ältere Menschen sollten daher von ihren Angehörigen aber auch von der Gesellschaft erhört werden, welche Wünsche und Vorstellungen sie in ihrer Lebensphase haben.



### **3. Pflege im Kreis der Familie – eine Belastungsprobe**

*Von Anja Langert*

Die Pflege von unterstützungsbedürftigen älteren Menschen im häuslichen Umfeld führt nicht selten zu intrafamiliären Konflikten, da es schwer fällt, ein Gleichgewicht zwischen den Bedürfnissen der zu Pflegenden und den Bedürfnissen der Angehörigen zu schaffen.

Die älteren pflegebedürftigen Menschen möchten in der Regel möglichst lange in ihrem Lebensumfeld bleiben und vorzugsweise von nahestehenden Menschen betreut und gepflegt werden. Die Angehörigen möchten ihre sozialen Kontakte (Familie und Freunde), ihre wirtschaftlichen Bedürfnisse (Arbeit, Freizeitinteressen) und die Bedürfnisse der zu Pflegenden in Einklang bringen. Das ist oft umso schwieriger, wenn die Pflegenden selbst voll erwerbstätig sind, eigene Kinder zu versorgen haben, im Freizeitbereich stark eingebunden sind oder die räumlichen Entfernungen zu den Pflegebedürftigen groß sind.

Was es bedeutet Angehörige selbst zu pflegen, ist für die meisten Menschen vorher nicht einzuschätzen. Gerade wenn es sehr nahestehende Menschen sind, sind Familienmitglieder schnell bereit, die notwendigen Hilfen zu leisten. Anfangs sind es oft kleine Unterstützungsleistungen im täglichen Leben, wie z.B. Einkaufen gehen, den Müll rausbringen, Reinigungsarbeiten im Haushalt erledigen. Häufig bleibt es nicht dabei. Mit der Dauer des Pflegezustandes und der steigenden Hilfebedürftigkeit erhöht sich der Umfang der Tätigkeiten, die unterstützt oder komplett übernommen werden müssen. Nicht selten bedeutet dann dieses Hilfsangebot einschneidende Konsequenzen für das Familien- und Berufsleben, für die soziale Sicherung und für berufliche und private Kontakte. Oft erfährt man, dass die Hilfeleistenden überfordert sind, an ihre Grenzen kommen beziehungsweise keine Kraft mehr haben. Und das, obwohl es einen großen Markt an professionellen Hilfeleistungen und Hilfsdiensten gibt.

„Sozialpolitisch alarmierend ist zudem, dass nur ein Viertel – und damit die Minderheit – der berufstätigen Hilfe- und Pflegepersonen überhaupt Hilfe durch professionelle Dienste erhält. Noch alarmierender ist, dass sie damit noch deut-

lich unter dem Durchschnitt der insgesamt für alle Hilfe- und Pflegepersonen ermittelten professionellen Unterstützungsrate liegen.“ (Schriftenreihe des BMFSFJ; Band106/1)

Warum kommt also diese Hilfe nicht dort an, wo sie gebraucht wird?

### **3.1. Aktuelle Statistiken**

*Von Anja Langert*

In Deutschland gab es zum Ende des Jahres 2011 circa 2,5 Millionen pflegebedürftige Menschen. Mehr als zwei Drittel (70,3%) von ihnen wurden zu Hause versorgt. Von diesen pflegebedürftigen Menschen bekamen 1,18 Millionen ausschließlich Pflegegeld nach §37 SGB XI, was wiederum bedeutet, dass sie in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt wurden. Die übrigen circa 576 000 Pflegebedürftigen, die in Privathaushalten lebten, wurden von Angehörigen zusammen mit ambulanten Pflegediensten oder vollständig durch ambulante Pflegedienste betreut. Die übrigen 29,7% (743 000) der Pflegebedürftigen wurden in Pflegeheimen vollstationär versorgt. (Siehe Pflegestatistik nach Versorgungsart, Abb.

War bei den 70 bis 75jährigen im Jahr 2011 jeder fünfte Mensch pflegebedürftig, waren es in der Altersgruppe 90 Jahre und älter mehr als die Hälfte (58%). Das bedeutet, je älter die Menschen werden, umso deutlicher steigt die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen.

Was in Statistiken immer wieder auffällt ist, dass bisher der Prozentsatz der pflegebedürftigen Frauen ab dem 80. Lebensjahr deutlich höher ist, als der der Männer. Begründet wird es damit, dass Männer dieser Altersgruppe meistens noch eine Ehefrau oder Partnerin haben, von der sie im Hilfebedarfsfall versorgt werden. Das wiederum bedeutet, dass in diesen Fällen der Antrag auf Pflegeleistungen für den Mann erst später gestellt wird, nämlich dann, wenn die Ehefrau/Partnerin die Pflege nicht mehr allein bewältigt.

Häufig sind diese Ehefrauen/ Partnerinnen jünger als ihre Ehemänner/Partner und haben dazu, statistisch gesehen, eine höhere Lebenserwartung als die Männer. Laut DESTATIS (vgl. DESTATIS 2014: [www.destatis.de](http://www.destatis.de)) ist die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen seit Anfang der Siebziger Jahre stets angestiegen. Wurden Frauen 1970/72 im Durchschnitt „nur“ 73,83 Jahre und Männer 67,41 Jahre alt, so waren es 1997/99 durchschnittlich 80,57 Jahre bei den Frauen und 74,44 Jahre bei den Männern und weitere 12 Jahre später lag der Durchschnittswert für Frauen in Deutschland bei 82,73 Jahren und für Männer bei 77,72 Jahren.

Betrachtet man die beiden Fakten im Zusammenhang, ist es nicht verwunderlich, dass der Anteil der alleinlebenden Frauen im Gegensatz zu den Männern schon ab dem 58. Lebensjahr höher liegt: „Das Alter, ab dem Frauen häufiger allein leben als Männer, lag im Jahr 2011 bei 58 Jahren. Hier lebten knapp 20 % der weiblichen Bevölkerung allein, bei den Männern waren es 19 %. Mit zunehmendem Alter vergrößert sich der Unterschied der Alleinlebendenquoten von Frauen und Männern schnell: Mit 70 Jahren lebten Frauen (32 %) doppelt so oft allein wie Männer (16 %). Mit 80 Jahren waren es mehr als die Hälfte der Frauen (56 %), bei den Männern waren es 22 %.“ (DESTATIS 2014: [www.destatis.de](http://www.destatis.de)) Tritt dann bei einer alleinlebenden älteren Frau der Fall einer Hilfebedürftigkeit ein, so stellt diese schneller einen Antrag auf Pflegeleistungen, um weiter im häuslichen Umfeld leben zu können und versorgt zu werden.

Es gibt deutlich mehr so genannte „hochaltrige Menschen“, also Menschen, die 80 Jahre und älter werden. Das hat auch Auswirkungen auf das Alter der Pflegepersonen und der pflegebedürftigen Personen. Die Menschen werden heutzutage später pflegebedürftig. Damit verschiebt sich auch das Alter der Pflegepersonen. Waren diese im Durchschnitt 1997 noch 57 Jahre alt, so liegt der Durchschnitt aktuell bei 60 Jahren. Über ein Viertel der hilfebedürftigen Menschen wird von einem Ehe- oder Lebenspartner gepflegt. Bei weiteren 36% ist die Hauptpflegeperson das eigene Kind. Daraus ergibt sich, dass mehr als 60% der Pflegenden älter als 55 Jahre sind. Nur circa 11% der angehörigen Pflegepersonen sind 39 Jahre und jünger.

„Familiäre Pflege zeigt eine deutlich ausgeprägte Geschlechterverteilung zu Ungunsten der Frauen, welche mit einem Anteil von 73 %, im Gegensatz zu

den Männern mit 27 %, die Hauptlast der Pflegeaufgaben tragen. Während 39 % der älteren unterstützungsbedürftigen Männer zwischen 65 und 79 Jahren von der Ehefrau gepflegt werden, beträgt der Anteil der Frauen in derselben Altersgruppe, die durch ihren Ehemann gepflegt werden, nur 22 % (Schneekloth in Schneekloth, Wahl 2005, S. 77).“ Umgekehrt ist dies allerdings bei der Pflegegeneration 80 Jahre und älter. Dort pflegen vergleichsweise viele (Ehe)Männer ihre Partnerin. Die Frauen ab 80 Jahren sind zu einem großen Teil bereits verwitwet und haben keinen Partner, den sie pflegen müssen.

Auch in der Kindergeneration liegt der Anteil der weiblichen Pflegepersonen, der pflegenden Töchter und Schwiegertöchter mit über 30 % deutlich höher, als der der Söhne mit 10 %, der Begriff des pflegenden Schwiegersohnes erscheint nicht in den Statistiken.

### **3.2 Pflege – reine Frauensache?**

*Von Anja Langert*

„Die häufigste Pflegekonstellation ist ‚Frau pflegt eigene Mutter‘, gefolgt von ‚Frau pflegt Ehemann‘ und ‚Frau pflegt Schwiegermutter‘ (siehe BMFSFJ 2002b, S. 196)“ (BMFSFJ 2015: [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)).

Trotz der Gleichberechtigung beziehungsweise Gleichstellung per Gesetz (vom 23.05.1949: Änderung des Grundgesetzes Artikel 3, Absatz 2, Satz 1: „Männer und Frauen sind gleichberechtigt.“), der Bildungsexpansion, von der vor allem die Frauen profitiert haben und steigender Erwerbstätigkeit von Frauen, unterliegt die Rollenzuweisung der Frau noch tradierten Vorstellungen. In den Vorstellungen zur Zeit der Verabschiedung des Gesetzes sind die Frauen in erster Linie dafür da, die Familie zu umsorgen und den Haushalt zu führen. Der Mann hingegen steht im öffentlichen Leben und wird als Versorger der Familie angesehen. Die eigene Bildung, die Erwerbstätigkeit und die berufliche Karriere der Frau sollten hinter dem Wohlergehen der Familie stehen. Auch heute noch müssen sich Frauen häufig rechtfertigen, wenn sie versuchen Familie und Beruf zu vereinbaren und ihre eigene Karriere zu forcieren. Bedenkt man aber, dass

45 Jahre später, also 1994 dieser Artikel 3 Absatz 2 um den Satz: "Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin." ergänzt werden musste, um die Gleichstellung der Frau weiter voran zu treiben, überrascht es nicht, dass diese alten Rollenbilder in den Köpfen noch immer stark präsent sind.

Durch die steigende Lebenserwartung ist es heute aber so, dass drei oder sogar vier Generationen einer Familie zur gleichen Zeit leben. Das wiederum bedeutet, dass Frauen häufig bereits pflegen, wenn sie selbst noch Kinder zu versorgen haben, denn circa die Hälfte der Hauptpflegepersonen ist zwischen 35 und 59 Jahre alt (vgl. BMFSFJ 1998: Schriftenreihe Band 111.1, S.186). Das heißt, sie müssen sich um drei oder sogar vier Generationen kümmern, die der Eltern und teilweise Großeltern, die eigene und die der Kinder und Enkelkinder. Deshalb reduzieren Frauen, zu Gunsten familiärer Pflegeaufgaben, ihre Arbeitszeit, unterbrechen ihre Erwerbstätigkeit oder scheiden auch ganz aus dem Berufsleben aus. Das Unterbrechen der Arbeitstätigkeit und vor allem das Ausscheiden aus dem Beruf ziehen oft finanzielle Probleme nach sich. „Bisher haben Frauen, die Familienangehörige pflegen, viele Nachteile hinzunehmen, die aus einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wegen Pflegeaufgaben resultieren. Solche Nachteile bestehen neben den Einkommensverlusten während der Berufsunterbrechung in ganz erheblichen Problemen beim Versuch, wieder ins Berufsleben zurückzukehren, in Prozessen der Dequalifizierung während der Berufsunterbrechung mit langfristigen Folgen für das Einkommensniveau sowie mit Folgen für die Altersversorgung.“ (<http://www.bmfsfj.de>) Aus den genannten Gründen entscheiden sich deshalb eher verheiratete Frauen für eine Unterbrechung oder Reduzierung ihrer Erwerbstätigkeit. Finanzielle Schwierigkeiten können dort zum Teil durch den Ehepartner aufgefangen werden.

Was jedoch nicht aufgefangen werden kann, sind die Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Arbeitstätigkeit und Pflege. So haben Studien (Scharlach und Boyd, 1989; Helfrich und Dodson, 1992; Kruse, 1994; Dallinger, 1997) gezeigt, dass Frauen, die in der Familie pflegen mehr Fehltage haben, häufiger die Arbeit unterbrechen, öfter zu spät kommen oder vorzeitig ihre Arbeit beenden, als

Frauen ohne Pflegeverpflichtungen. Außerdem ist es für sie oft schwieriger, aufgrund von Zeitmangel, an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen, was sich wiederum auf die Karrierechancen dieser Frauen auswirkt. Was die vorher benannten Studien ebenfalls zeigen: dass die Produktivität im Arbeitsprozess bei Frauen, die gleichzeitig pflegen herabgesetzt ist, sie unter Konzentrationsstörungen leiden, vermehrt Stresssymptome aufweisen, häufiger krank sind und ihre Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmoral herabgesetzt ist. (vgl. Zeitschrift für Soziologie 2015: [www.zfs-online.org](http://www.zfs-online.org) und BMFSFJ 1997, Schriftenreihe Band 106.1, S. 56 ff.) Doch ist die Arbeit oft auch eine willkommene Abwechslung im Pflegealltag. „Eigene Freunde und Interessen oder befriedigende Berufstätigkeit ermöglichen es Pflegenden, immer wieder Abstand zu gewinnen und mit neuen Kräften die Situation zu bewältigen.“ (Hedtke-Becker 1990, S.57). Die Frauen können sich am Arbeitsplatz Bestätigung holen und soziale Kontakte pflegen, die im Freizeitbereich auch zu Gunsten der Pflege häufig eingeschränkt werden. Diese Einschränkungen verstärken sich mit zunehmender Pflegeintensität, denn die Pflegende muss während ihrer Abwesenheit eine Ersatzperson finden, die die Pflege in dieser Zeit übernimmt. Das sollte in Anbetracht der Vielzahl von sozialen Diensten (die fast ausschließlich ehrenamtlich geleistet werden), wie professionelle Nachbarschaftshilfe, Gemeindeschwestern und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege keine Hürde sein, jedoch ist den wenigsten Pflegenden hinlänglich bekannt, welche Dienste es zu welchen Bedingungen wohnartnah gibt. An dieser Stelle ist auf den schlechten Wissensstand um das Gesamtangebot und die unzureichende schnelle Vergleichbarkeit der professionellen und sozialen Dienstleistungen hinzuweisen.

Was in diesem Kapitel nicht vernachlässigt werden soll, ist ein Blick auf die pflegenden Männer. 1998 waren 20% der Hauptpflegepersonen Männer, inzwischen sind es 27% (vgl. BMFSFJ). Bei den pflegenden Männern handelt es sich vor allem um pflegende Ehe-/Partner. „Im Gegensatz zu den Frauen entwickeln Männer ihre Pflege- und Versorgungsproduktivität in einer späteren Lebensphase. Von allen pflegenden Frauen sind die meisten im Alter von etwa 50 bis 55 Jahren engagiert, und zwar vor allem in der Pflege der Eltern, wenn diese um die 80 Jahre alt sind. In den späteren Jahren verschiebt sich die Pflege auf die (Ehe-)Partner. Von allen pflegenden Männern pflegen die meisten Männer

im Alter ab 80 Jahren und zwar in der Partnerinnenpflege.“ (Langhenning/Betz/Dosch 2012, S. 16 ) In dem Alter von 80 bis 84 Jahre leben Männer zum überwiegenden Teil noch mit ihrer Partnerin zusammen und übernehmen bei eintretendem Pflegefall nach Möglichkeit deren Pflege. Frauen hingegen sind in dem Altersabschnitt zu einem Großteil verwitwet und leben alleine, haben also keinen Partner mehr, den sie pflegen könnten. Da pflegende Männer scheinbar eher bereit sind, entlastende Hilfen von außen zu engagieren, werden sie in den Statistiken dann nicht mehr unbedingt als einzige Hauptpflegeperson erfasst.

Was in der Literatur wiederholt auffällt ist die Tatsache, dass Männer allgemein in den Ausführungen, Studien und Berichten zu pflegenden Angehörigen wenig Beachtung finden. Häufig werden aus der Sicht der pflegenden Frauen Rückschlüsse auf die Männer und deren Erleben der Pflege von Angehörigen geschlossen. „Vorliegende Aussagen darüber, wie Männer ihre Pflegerolle erleben, stützen sich fast ausschließlich auf verteilungstheoretisch basierte Umfrageergebnisse.“ (Langhenning/Betz/Dosch 2012, S. 17) Im Zeitraum 2009/10 gab es die erste Umfrage: „Studie zur genderkonstruierten Angehörigenpflege“ im Rhein-Main-Gebiet. Bei dieser wurden 65 Männer, die Angehörige pflegen, zu ihrer kompletten Lebensbiographie und ihrem Erleben der Angehörigenpflege durch Langehenning, Betz und Dosch interviewt. Allgemein sind die Studien zum Thema Angehörigenpflege bei älteren Menschen selten aktuellen Datums, der 4. Altenbericht liegt fast 10 Jahre zurück. Daran ist erkennbar, dass in diesem Bereich weitere Forschungen dringend nötig sind, um ein reales Bild der Angehörigenpflege bei älteren Menschen aufzeigen zu können und um besser auf Bedürfnisse von Pflegenden Angehörigen und den zu Pflegenden reagieren zu können. In Anbetracht der Tatsache, dass fast ein Drittel der pflegenden Angehörigen Männer sind und die bisher gelaufenen Untersuchungen und Studien auf genderkonstruierter Grundlage erfolgten, kann man bei der Pflege von Angehörigen nicht von reiner Frauensache sprechen.

### **3.2.1 Pflegende Ehepartner**

*Von Anja Langert*

Über ein Drittel der pflegebedürftigen Menschen werden von ihren (Ehe-)Partnern gepflegt. „Bei Ehepaaren ist die Entscheidung, ihren Partner zu pflegen, wenn dieser hilfsbedürftig wird, etwas Selbstverständliches.“ (Buijsen 1996, S.18). Die Gründe dafür reichen von Liebe, Zuneigung und Verbundenheit über das Gefühl, dem Leben einen neuen Sinn zu geben. Teilweise wird auch eine christliche Gesinnung benannt. Daneben gibt es auch das Gefühl, es machen zu müssen, um nicht von anderen Verurteilt zu werden, wenn man den Partner ins Heim gäbe (vgl. Fuchs 2000, S. 47 ff.). Häufig äußern Partner, ohne den anderen nicht leben zu können. Das kann in einzelnen Fällen bedeuten, dass der Andere Angst hat alleine zu sein, wenn er den Pflegebedürftigen ins Heim gibt.

In den wenigsten Fällen kann davon ausgegangen werden, dass die Entscheidung zu pflegen ganz bewusst getroffen wurde. Bei Partnern die zusammen leben, verläuft der Prozess meistens schleichend, wenn die Pflegebedürftigkeit nicht durch eine plötzlich aufgetretene Ursache, wie Schlaganfall, Herzinfarkt oder Unfall hervorgerufen wurde. Am Anfang sind es Hilfestellungen im Alltag bei hauswirtschaftlichen Arbeiten, wie Einkaufen, Wäsche waschen, Wohnung reinigen. Hinzu kommen Hilfen beim An- und Ausziehen, der Körperhygiene aber auch im finanziellen Bereich z. B. Rechnungen bezahlen, Zuschüsse und Hilfen beantragen. Dabei kommt es teilweise zu einer Rollenumkehr mit der sowohl die Pflegenden als auch die Gepflegten zurechtkommen müssen. Die Frau, die ihren Mann stets umsorgt hat, kann nicht mehr kochen und die Wäsche waschen oder der Mann, der für die Finanzen und wichtige Entscheidungen zuständig war, kann mit Geld nichts mehr anfangen und überlässt die Entscheidungen der Partnerin, wobei diese dann ihre Unsicherheit überwinden und die Führung in der Partnerschaft übernehmen muss. In vielen Fällen werden Führungspositionen getauscht und bisher nicht gebrauchte Kompetenzen gefordert, was oft die Überschreitung eigener Grenzen nach sich ziehen kann.



Wenn die erforderliche Rollenumkehrung hingegen gut gelingt und beide Seiten sich darauf einlassen können, kann die Pflege gut gelingen.

Bei der Partnerpflege besteht zudem oft die Gefahr der Isolation und Vereinsamung. Viele Pflegende, vor allem Ältere bringen neben der Pflege Tätigkeit nicht mehr die Kraft auf, um Beziehungen zu pflegen. Auch haben sie das Bedürfnis über die Pflege zu sprechen, aber nicht immer sind Freunde oder Bekannte zu diesem Thema bereit. Aufgrund der Pflege sind die Pflegenden körperlich und emotional sehr belastet, dem Bedürfnis nach Ruhe und Alleinsein kommen sie oft nur wenige Minuten nach, z.B. für eine Tasse Kaffee. Umso älter Pflegende werden, umso anstrengender werden die Pflegetätigkeiten, was auch schneller zu Ermüdungserscheinungen führt. Es besteht die Gefahr der Erschöpfung, wenn die Pflegenden ihre Ermüdung nicht ausreichend wahrnehmen.

Wenn die Pflegenden ihren Freundes- und Bekanntenkreis zudem nur unzureichend über den Zustand der Pflegebedürftigen informieren oder informieren können, werden Kontaktbemühungen ihrerseits schneller eingestellt. Wissen die Freunde und Bekannten Bescheid über die Situation und die Anstrengung der Pflegenden, so werden sie von ihrer Seite versuchen den Kontakt zu erhalten. Möglicherweise haben sie mehr Verständnis, wenn die pflegenden Freunde z.B. eine Verabredung absagen. Auch würde die Chance bestehen, aus dem Freundes- und Bekanntenkreis Hilfe und Unterstützung zu erhalten, auch könnten sich die Außenstehenden besser mit der Pflegesituation auseinandersetzen. Sie hätten dann vielleicht nicht mehr die Angst zu stören oder etwas Falsches zu äußern. Je enger jedoch die Beziehung zwischen den (Ehe-)Partnern ist, umso schwieriger fällt es die zu Pflegenden los zu lassen und die Pflegebedürftigen von einer anderen Person betreuen zu lassen. Ein weiterer Schritt in Richtung Vereinsamung der pflegenden Person erfolgt, wenn die Gepflegten sich in ihrem Verhalten und ihrer Persönlichkeit stark verändern. Dann ist es den pflegenden Partnern häufig unangenehm Freunde oder Bekannte damit zu konfrontieren, das Paar bleibt zu Hause und zeigt sich nicht mehr in der Öffentlichkeit. Das hat zur Folge, dass es für das Umfeld schwerer erkennbar wird, wann die Kräfte der Pflegenden nicht mehr ausreichen und sie überfordert sind. „Soziale Isolation und das Empfinden von Einsamkeit führen vermehrt zu depressiven Verstimmungen und dazu, dass sich die Wahrnehmung bestehender Probleme

verstärkt, denn mit den Kontakten gehen den Pflegenden gleichzeitig natürliche Entlastungsmöglichkeiten verloren“ (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V., Bonn 2012, S. 27). Entlastungsmöglichkeiten sind auf verschiedenste Weisen zu bekommen, nur ist „die Landschaft der Angebote zur Unterstützung der Pflege, seien es gesetzliche, private oder ehrenamtliche sehr vielfältig und damit auch unübersichtlich. Vielen Angehörigen fehlt es oft an Zeit und Kraft, sich durch diesen Dschungel der Möglichkeiten zu kämpfen und für sich das passende herauszusuchen. Seit 2009 haben Sie einen gesetzlichen Anspruch auf eine umfassende Pflegeberatung“ (ebd., S. 34). Betrachtet man auch hier das hohe Alter der Pflegenden im Bereich der Partnerpflege, so wissen viele über diese scheinbar einfache Möglichkeit der Pflegeberatung nicht ausreichend oder gar nicht Bescheid. Auch ist den meisten älteren Pflegenden nicht bewusst, dass es sogenannte Pflegestützpunkte gibt und ein Großteil der Krankenkassen (zumindest im städtischen Bereich) Auskunft- und Beratungsstellen haben, zu denen man direkt Kontakt aufnehmen und hingehen kann. Außerdem werden heutzutage viele Informationen über das Internet verbreitet. Die älteren Menschen besitzen nicht immer einen internetfähigen Computer und können damit umgehen. Das Internet wird erst bei den jetzt „jungen Alten“ eine Möglichkeit sein, um an Informationen zu gelangen. Das wirft die Fragen auf, wie man den pflegenden Menschen, die bereits 70 Jahre und älter sind besseren Zugang zu Informationen ermöglicht und wie man sie zielgerichtet ansprechen kann.

### **3.2.2 Pflegende Töchter und Schwiegertöchter**

*Von Anja Langert*

Jede dritte pflegebedürftige Person wird von der Tochter oder Schwiegertochter als Hauptpflegeperson gepflegt. Laut einer englischen Untersuchung von 1990 („Opportunities for women“) haben viele dieser Frauen aber gleichzeitig noch die eigenen Kinder zu versorgen. Aus diesem Grund wird diese Gruppe der pflegenden Frauen „Sandwich“-Generation (Schwartz 1977) oder „Stützpfeiler-Generation“ genannt.

1996 wurde ein Alters-Survey unter der Leitung von Martin Kohli und Freya Dittmann durchgeführt. Dabei wurden 5000 Personen der Geburtsjahre 1911 bis 1956 zu Selbst- und Lebenskonzeptionen und zum subjektiven Alterserleben befragt. Betrachtet man die bloße Anwesenheit von mehreren Generationen, so trifft der Ausdruck „Sandwich“-Generation auf den überwiegenden Teil der 40-59jährigen Frauen (und Männer) der Befragten zu. Theoretisch könnte also ein großer Teil dieser Generation mit Pflegetätigkeiten beschäftigt sein. Jedoch sind die meisten älteren Angehörigen der Befragten nicht hilfe- oder pflegebedürftig. Im Gegenteil unterstützt die ältere Generation die „Sandwich“-Generation häufig bei der Betreuung ihrer Kinder. Betrachtet man die Befragten, die ihre Eltern bzw. Schwiegereltern pflegen oder häufig unterstützen, zeitgleich Kinder im Haushalt haben oder Enkelkinder unregelmäßig betreuen und zu dem auch noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen, kommt man zu folgendem Ergebnis: „Nur vier Prozent der 40-44Jährigen, fünf Prozent der 45-49jährigen und vier Prozent der 50-54jährigen Frauen betreuen einen (Schwieger)Elternteil (einschließlich der eigenen Großeltern und der Großeltern des Partners), haben Kinder im Haushalt oder betreuen Enkelkinder und gehen zugleich einer Erwerbstätigkeit nach (einschließlich geringfügiger und unregelmäßiger Beschäftigungen und Erwerbstätigkeiten parallel zu einem Rentenbezug) (ZSE 2015, [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de), S. 13).“ Es gibt Frauen, die eine ältere Generation pflegen und selbst noch eigene Kinder oder Enkelkinder betreuen, aber diese gehen selten zusätzlich einer Erwerbstätigkeit nach. Bei ca. 50% der Frauen, die Elternteil oder Schwiegerelternteil betreuen, lebt kein Kind im Haushalt oder wird kein Enkelkind betreut (vgl. ebd., S. 13). „Die in Frage stehende ‚Mehrfachbelastung‘ durch diese Tätigkeiten ist also empirisch eher eine Ausnahme als die Regel“ (ebd., S. 13). Dabei ist nicht zu bestreiten, dass es in den wenigen Fällen mit dieser „Mehrfachbelastung“ zu erheblichen Problemen kommen kann. Strukturell gesehen gibt es also diese „Sandwich“-Generation, im Zusammenhang mit Belastungserleben, ist es jedoch ein sehr geringer prozentualer Anteil.

Werden pflegende Töchter/Schwiegertöchter nach ihren Motiven für die Übernahme der Pflege gefragt, gibt ein Teil Gefühle wie Zuneigung und Dankbarkeit an, ein anderer großer Teil berichtet, dass das nie eine bewusste Wahl war, sondern sich die Pflege ins Leben „eingeschlichen“ hat. Am Anfang ist es Be-

sorgtheit, weil sich ein Elternteil verändert oder sich unsicher fühlt. Also fährt man lieber einmal mehr bei den Eltern vorbei und schaut, ob alles in Ordnung ist. Doch irgendwann reicht die Kontrolle, das Zuhören und Ratschläge geben nicht mehr aus. Es folgen Unterstützungsleistungen im Haushalt und beim Einkauf und so „schleicht“ sich die Pflege allmählich ein. Das Gefühl der Dankbarkeit begründen Töchter, oft mit ihrer Biographie. Sie berichten, wie die eigenen Eltern eine schöne Kindheit erlebbar gemacht haben, wie sie bei der Berufswahl beraten und unterstützt haben, aber auch wie sie ihren Kinder finanziell oder beim Suchen und einrichten der eigenen Wohnung unterstützt haben. Wenn dann Enkel da sind, stehen die Großeltern der jungen Familie zeitlich zur Verfügung, in dem sie die Enkel mit betreuen.

In dem Bereich der pflegenden Töchter und Schwiegertöchter wird der entstehende Rollenkonflikt benannt, der häufig zu Problemen führt. Den Pflegenden fällt es schwer, damit umzugehen, dass die Eltern/Schwiegereltern teilweise wieder zu Kindern werden und sich damit das Abhängigkeitsverhältnis umdreht. Darüber hinaus ist im Voraus die zeitliche Dauer der Betreuungsleistungen nicht abzuschätzen. Das wiederum erschwert die Entscheidung für Teilzeitarbeit und verhindert die gezielte Planung eines gewünschten Wiedereinstiegs in eine Erwerbstätigkeit.

### **3.3 Übertragung von Problemen in der Pflege auf das Familiensystem**

*Von Anja Langert*

Gerade im Bereich der pflegenden Töchter und Schwiegertöchter werden häufig Spannungen und Probleme im Familiensystem beschrieben. Das beginnt schon mit der Entscheidung, ob ein zu pflegendes Elternteil zu Hause gepflegt werden soll oder eine andere Wohnform, Wohngemeinschaft oder Heimunterbringung bevorzugt wird. An dieser Stelle werden schon Kämpfe ausgetragen, wenn ein Angehöriger der Meinung ist, ein Elternteil kann in einem Heim besser

gepflegt werden, bzw. nicht der Meinung ist seinen Anteil zur Pflege beitragen zu müssen. Wenn die Entscheidung zu Gunsten der Pflege im häuslichen Umfeld gefallen ist, ist die nächste Frage, wer die Pflege übernimmt, wenn es mehrere Möglichkeiten gibt, z.B. die Partner oder die Kinder. Übernimmt die Pflege dann ein Kind oder mehrere? Wenn mehrere an der Pflege beteiligt werden sollen, fällt es schwer eine Aufgabenverteilung zu erarbeiten, die allen Beteiligten zum größten Teil gerecht wird. Früher oder später kommt es dabei immer wieder erneut zu Konflikten. Es kann auch passieren, dass sich Angehörige, die sich mit für die Pflege zu Hause entschieden haben und diese auch leisten, an einen Punkt kommen, an dem sie sich überfordert fühlen. Während des Pflegeprozesses sollten sich also immer wieder alle gemeinsam die Frage stellen, ob alle Beteiligten noch der Meinung sind, die Pflege leisten zu können und auch zu wollen oder inwieweit man Unterstützungsleistungen hinzuziehen sollte.

Bei Hauptpflegepersonen kommen unter anderem Spannungen zustande, wenn sich die Kinder oder die Partner vernachlässigt fühlen. Dadurch geraten die Pflegenden zusätzlich unter Druck und bekommen ein schlechtes Gewissen. Tritt so eine Situation ein, sollten sich auch in diesem Fall alle zusammensetzen und über die Wünsche und Bedürfnisse jedes Einzelnen sprechen und gemeinsam über Lösungen und Unterstützungsmöglichkeiten nachzudenken.

Probleme entstehen ebenfalls, wenn die Hauptpflegepersonen bei der Pflege bis an ihre Grenzen gehen und sich keine Unterstützung holen. Schnell kann es dabei zur Überforderung kommen und die eigene Gesundheit wird ernsthaft bedroht. Dabei kann es passieren, dass die Pflegepersonen schnell gereizt oder aggressiv reagieren und diese Gefühle am Familiensystem ausgelebt werden. Hier sollten die Familienmitglieder reagieren und gemeinsam über Entspannungs- und Entlastungsmöglichkeiten nachdenken.

Bekommen pflegende Angehörige zu wenig Anerkennung von den Pflegebedürftigen und ihrer Umwelt, kann das zu Unzufriedenheit und damit auch zu Spannungen führen. Wenn alles nur noch selbstverständlich ist und die Pflegenden nie ein Wort des Lobes bekommen, stellen sie sich irgendwann die Frage, wofür sie die ganze Arbeit und Anstrengung auf sich nehmen. Das bedeu-

tet, dass auch diejenigen, die nicht direkt am Pflegeprozess beteiligt sind, die Arbeit des Pflegenden wertschätzen sollten.

### **3.4 Fazit zum Kapitel 3**

*Von Anja Langert*

Im vorliegenden Kapitel wurde über die Pflegepersonen, ihre Beziehungen zu den Pflegebedürftigen und Spannungen im Pflegesystem Familie berichtet. Dabei wurde herausgestellt, dass ein Großteil der Pflegenden, Frauen im erwerbsfähigen Alter sind. Pflegende Männer haben häufig schon das 80. Lebensjahr erreicht, wenn sie eine Pflegeaufgabe übernehmen. Dass Pflege reine Frauensache ist, konnten wir mit den herausgearbeiteten Fakten nicht bestätigen. Die häufigsten Formen der Pflege sind die (Ehe-)Partnerpflege und die Pflege durch Töchter und Schwiegertöchter. Zu Spannungen durch das nicht wahrnehmen von Unterstützungsleistungen bzw. dadurch dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen oftmals über die Vielzahl der verschiedenen Angebote nicht Bescheid wissen und bisher wenig Möglichkeiten bestehen sich mit wenig Aufwand einen Überblick darüber zu verschaffen, kommt es in allen Bereichen. Das pflegende Töchter durch ihre Position zwischen den Generationen größere Probleme beim Pflegen haben, als andere Hauptpflegepersonen konnte nur für einen geringen Teil festgestellt werden.

## **TEIL II – HANDLUNGSPERSPEKTIVEN**

### **4. Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige**

*Von Anja Langert*

Wie wir in den Kapiteln 2 und 3 schon erwähnten, gibt es ein breites Spektrum im Bereich der Hilfs- und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige. Diese reichen von Hausnotrufgeräten, über Tagesbetreuung in Kleingruppen für die Pflegebedürftigen, hauswirtschaftliche Unterstützung, verschiedene Beratungen zu Wohnumfeldverbesserung, Hilfsmittelversorgung und Gesetzlichkeiten, aber auch Bildungsmöglichkeiten in Bezug auf die Pflege und Krankheit der zu pflegenden Angehörigen. Doch ist es schwieriger als man denkt, die geeigneten Unterstützungsmöglichkeiten für die eigene Familie zu finden, da es eine Vielzahl von Anbietern gibt und die Finanzierungsgrundlagen dafür nicht schnell offensichtlich werden. Es braucht einige Zeit sich in dem Angebot der verschiedenen Pflegearrangements zurechtzufinden. Da die Bedürfnislagen der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen meist sehr komplex sind, wäre eine gute professionelle Hilfe zur Entscheidungsfindung von großem Nutzen.

#### **4.1 Angebote und deren Inhalt, sowie Zugangsmöglichkeiten**

*Von Anja Langert*

In den folgenden Abschnitten wollen wir einen kurzen Überblick über die Möglichkeiten der Entlastung für pflegende Angehörige geben und kurz auf die Inhalte der Angebote eingehen, welche nicht schon im Punkt 2.3.1 beschrieben wurden. Dabei gehen wir auf Angebote der Krankenversicherung, der Pflegeversicherung und der freien Wohlfahrtspflege ein. Zusätzlich werden die verschiedenen Zugangsmöglichkeiten benannt.

#### **4.1.1 Einzelberatung**

*Von Anja Langert*

Bei der Einzelberatung ist der Anspruch auf eine Pflegeberatung nach §7a SGB XI, seit 01.Januar 2009, gemeint. Diese Pflegeberatung beinhaltet die Erfassung des Hilfebedarfs; die Erstellung eines „individuellen Versorgungsplans mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen“ (Sozialgesetzbuch 2015, [www.sozialgesetzbuch-sgb.de](http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de), S. 1); das Einwirken des Pflegeberaters auf die Umsetzung und Durchführung des Versorgungsplans und die Genehmigung und Finanzierung der Leistungen durch den jeweiligen Leistungsträger; gegebenenfalls eine Anpassung des Versorgungsplans an veränderte Bedürfnislagen und die Dokumentation des Hilfeprozesses. (vgl. ebd., S. 1) Diese Pflegeberatung findet optimaler Weise im häuslichen Umfeld statt, gemeinsam mit dem Antragsteller (dem Menschen mit Pflegebedarf) und dem möglichen pflegenden Angehörigen. Durchgeführt wird die Pflegeberatung durch Pflegeberater/Case Manager. Diese sind meist Mitarbeiter der Pflegekassen oder in Pflegestützpunkten tätig. Stellen Pflegebedürftige erstmalig einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung, so bekommen diese durch die Pflegekasse unter Angabe einer Kontaktperson einen festen Beratungstermin, der innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang durchgeführt werden muss oder einen Beratungsgutschein. Diesem sind Adressen unabhängiger Beratungsstellen hinzugefügt und ein Beratungstermin kann zu Lasten der Pflegekasse innerhalb der 2-Wochen-Frist eingelöst werden. Ist es den Pflegebedürftigen oder Angehörigen nicht möglich einen Vor-Ort-Termin wahrzunehmen, ist auch eine telefonische Beratung möglich.



#### **4.1.2 Schulungen für pflegende Angehörige**

*Von Anja Langert*

Die Inhalte der Schulungen für pflegende Angehörige umfasst ein sehr breites Wissensspektrum. Es wird u.a. Wissen im Bereich des Prinzips der aktivierenden Pflege; über die Körperpflege (Techniken und Pflegemittel); die Behandlung von Inkontinenz; über verschiedene Hebe- und Tragetechniken; Druckstellen-, Kontraktur- und Sturzprophylaxe; rückschonende Arbeitsweise; Umgang mit Hilfsmitteln, z. B. Toilettenstuhl, Badewannenlifter; Beobachtung von Veränderungen im Gesundheitszustand, u.a. Hautzustand, Puls, Blutdruck, Temperatur; den richtigen Umgang mit Medikamenten (Lagerung und Verabreichung) und die Durchführung aktiver und passiver Bewegungsübungen vermittelt. Es wird besprochen und geübt, wie man mit Notfällen umgeht und was man macht, wenn der zu Pflegenden im Sterben liegt. Was in diesen Schulungen nicht fehlen darf, sind Tipps, die zur eigenen Entlastung vom Pflegealltag beitragen können. Einige Einrichtungen bieten sogenannte Orientierungskurse an, die an Personen gerichtet sind, bei denen längerfristig absehbar ist, dass sie einen Angehörigen zu Hause pflegen werden. Angeboten werden diese Kurse von Ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen und anderen Institutionen. Die Pflege- und Krankenkassen oder Pflegestützpunkte können über Termine solcher Kurse Auskunft geben. Bei einigen Kursangeboten besteht die Möglichkeit die Pflegebedürftigen im Zeitraum der Schulung kostenfrei betreuen zu lassen. Die Kosten werden von den Pflegekassen übernommen, wenn der Pflegebedürftige Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhält.

#### **4.1.3 Ambulante Pflegedienste**

*Von Anja Langert*

Der ambulante Pflegedienst kommt zu den Pflegebedürftigen nach Hause und kann sie und die Angehörigen fach- und sachkundig bei einer Vielzahl von Tätigkeiten unterstützen. (siehe auch 2.3.1) Seit dem 1. Januar 2013 haben die

Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen Wahlmöglichkeiten bei der Zusammenstellung der durch den Pflegedienst zu erbringenden Leistungen. Dabei können diese Leistungen variieren und bei Bedarf an aktuelle Bedürfnislagen angepasst werden. Dadurch können z. B. erwerbstätige Angehörige oft ihre eigene Berufstätigkeit und die Betreuung und Pflege der Pflegebedürftigen besser miteinander vereinbaren. Außerdem gibt dieser Dienst den Angehörigen die Möglichkeit Zeit für eigene Unternehmungen mit Familie, Freunden zu finden oder schafft Freiräume um einem Hobby nachzugehen oder einfach mal die Seele baumeln zu lassen. Auch das Gefühl der alleinigen Verantwortung kann abgeschwächt werden.

#### **4.1.4 Einzelpflegekraft**

*Von Anja Langert*

„Dabei handelt es sich in der Regel um Pflegekräfte, wie zum Beispiel eine Altenpflegerin oder einen Altenpfleger, die sich selbstständig gemacht haben.“ (BMG 2015, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de), S. 1) Mit diesen Einzelpflegekräften werden Verträge mit den zuständigen Pflegekassen geschlossen, die die hauswirtschaftliche, pflegerische und betreuende Versorgung von Pflegebedürftigen sicherstellen. In diesen Fällen kann besonders den Wünschen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen nach einer geschlechts-, religions- oder kulturspezifischen Pflege Rechnung getragen werden. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)) Die Entlastungszeiträume können ähnlich dem vom Ambulanten Pflegedienst beschrieben werden. Jedoch wird das Entlastungsempfinden dadurch gestärkt, dass eine Person die Aufgaben übernimmt, die die Pflegenden und ihre Angehörigen selbst ausgesucht haben. Dadurch hat die Pflegearbeit eine größere Vertrauensbasis.

#### **4.1.5 Kurzzeitpflege**

*Von Anja Langert*

Ist ein Mensch mit Pflegebedarf nur kurzzeitig auf eine vollstationäre Pflege angewiesen, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder um eine Krise im häuslichen Pflegekontext zu überwinden, gibt es die Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen (siehe Punkt 2.3.1). Angehörige können bezüglich der Kurzzeitpflege die Sozialarbeiter in den Krankenhäusern ansprechen. Diese suchen anschließend in der Region nach einem geeigneten Platz für den zu Pflegenden. Stellt sich während des Aufenthalts der KZP heraus, dass die Patienten/Bewohner im Anschluss weiterhin professionell unterstützt werden müssen, so stehen mittlerweile auch in einigen Pflegeeinrichtungen Sozialarbeiter zu Verfügung. Diese können die Angehörigen über geeignete Pflege- und Wohnformen außerhalb der Pflegeeinrichtung beraten.

#### **4.1.6 Tages- und Nachtpflege**

*Von Anja Langert*

„Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2015: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)) (siehe Punkt 2.3.1) Genutzt werden diese Angebote noch sehr wenig (vgl. BMG 2015: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de), S.1). Die Tagespflege bietet Entlastung, da das Wissen, dass der Pflegebedürftige für einige Stunden am Tag gut versorgt ist, schon gut tut. Und Nächte, in denen Pflegende Angehörige durchschlafen können, bieten sich als Entlastung und zum Kraft tanken an. Gerade bei Patienten mit einem gestörten Tag-Nacht-Rhythmus kann schon eine durchgeschlafene Nacht als sehr entspannend empfunden werden. Vornehmlich wird v.a. die Nachtpflege von demenziell erkrankten älteren Menschen in Anspruch genommen. Aufgrund des oftmals gestörten Wach-Schlaf-Rhythmus bedürfen sie eine nächtlichen Überwachung, um deren Sicherheit zu gewährleisten.

#### **4.1.7 Verhinderungspflege**

*Von Anja Langert*

Ist die private Pflegeperson z. B. durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert oder macht sie Urlaub, so übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflegeperson für bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr (siehe Punkt 2.3.1). Auch pflegende Angehörige, egal ob berufstätig oder nicht, brauchen Urlaub, um Luft zu holen und ihre Pflegetätigkeit weiter gut leisten zu können. Das Wissen, dass bei eigener Krankheit jemand die Pflege der Angehörigen übernimmt, kann das eigene Gewissen entlasten und trägt dazu bei, schneller zu gesunden. Meist wird vor Beginn der Verhinderungspflege z.B. mit dem ambulanten Pflegedienst abgesprochen, welche Leistungen dieser übernehmen muss (dabei kann es sich um pflegerische und/oder medizinische sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten handeln).

#### **4.1.8 Pflegezeitgesetz und Pflegeunterstützungsgeld**

*Von Anja Langert*

„Nach dem geplanten neuen § 44a Abs. 3 SGB XI haben pflegende Angehörige in einem Beschäftigungsverhältnis für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage, wenn sie für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach beanspruchen können“ (Medien für Kranken- und Pflegeversicherung 2015: [www.kv-media.de](http://www.kv-media.de)). Das bedeutet, dass Angehörige die Möglichkeit haben der Arbeit fern zu bleiben, um für einen pflegebedürftigen Angehörigen im Falle einer akut auftretenden Pflegesituation eine bedarfsgerechte Versorgung zu initiieren. Dem Arbeitgeber muss schnellstmöglich über die Verhinderung und deren Dauer in Kenntnis gesetzt werden. Da dieser zu einer Lohnfortzahlung nicht

verpflichtet ist, wird der Lohnausfall vom Pflegeunterstützungsgeld minimiert. Das bedeutet eine finanzielle Entlastung für den pflegenden Angehörigen.

#### **4.1.9 Angehörigengruppen / Gesprächsgruppen**

*Von Anja Langert*

Angehörigen-, Gesprächs- oder Selbsthilfegruppen werden oft von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, privaten ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen angeboten und meist von Psychologen und/oder Sozialarbeitern betreut. Sie sollen den Angehörigen helfen, den schweren und belastenden Pflegealltag besser zu bewältigen, die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch bieten und Isolation und Vereinsamung vorbeugen.

Die Selbsthilfegruppen werden in der heutigen Zeit oftmals selbstständig von den pflegenden Angehörigen gegründet, da v.a. im ländlichen Raum diese Angebote von größeren Verbänden nur selten realisiert werden.

#### **4.1.10 Ehrenamtliche Helfer**

*Von Anja Langert*

Ehrenamtliche Helfer und Helferinnen bieten Besuchsdienste an, gehen mit dem zu Pflegenden spazieren, lesen ihm vor oder hören einfach nur zu. Auch hier werden für die Angehörigen Zeitfenster aufgemacht, um eigene Bedürfnisse zu befriedigen, eigene Termine (z. B. Arzt-, Friseur-, Kosmetiktermine, etc.) wahrzunehmen oder Besorgungen in Ruhe zu erledigen. Pflegestützpunkte, Sozialstationen oder Seniorentreffs bzw. Seniorenbegegnungsstätten wissen über diese Angebote Bescheid und geben Auskunft. Ein Großteil der ehrenamtlichen Helfer befindet sich oft selbst schon im rentenfähigen Alter. Für sie ist die Aufgabe der Unterstützung der zu Pflegenden eine große Priorität, d.h. als

pflegender Angehöriger kann man bei ihnen auf eine gute, verlässliche und liebevolle Hilfe vertrauen.

#### **4.1.11 Angebote der freien Wohlfahrtspflege**

*Von Anja Langert*

Die Angebote beziehen sich oft auf Begegnungsstätten und Beratungsstellen für Erkrankte und Angehörige. Eine Liste der Angebotspalette kann sich bei den Krankenkassen, im Internet und/oder bei den Pflegestützpunkten eingeholt werden.

#### **4.1.12 Pflegegeld für häusliche Pflege**

*Von Anja Langert*

„Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn Angehörige oder Ehrenamtliche die Pflege übernehmen. Das Pflegegeld kann auch mit Pflegesachleistungen kombiniert werden“ (BMG 2015, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)). Das Pflegegeld wird direkt an den Pflegebedürftigen ausgezahlt und dient dazu, den Haushalt mit zu finanzieren oder die Pflegeleistungen der Angehörigen anzuerkennen. Das wiederum kann die häusliche finanzielle Situation etwas ausgleichen, wenn die erwerbstätigen pflegenden Angehörigen ihre Arbeitszeiten reduzieren oder die Erwerbstätigkeit zu Gunsten der Pflege aufgeben. Für nicht-erwerbstätige pflegende Angehörige

#### **4.1.13 Pflegesachleistungen**

*Von Anja Langert*

Pflegesachleistungen können für die Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst eingesetzt werden (ebd., [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)).

#### **4.1.14 Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**

*Von Anja Langert*

Wenn ein Mensch dauerhaft in seiner Alltagskompetenz eingeschränkt ist und er zu Hause gepflegt und betreut wird, kann es von Nutzen sein das Wohnumfeld individuell an die Bedürfnisse anzupassen (z.B. Türverbreiterungen zwecks Rollstuhls; individuelle Liftsysteme für das Bad; Austausch einer Badewanne gegen eine Dusche) oder Geräte und Sachmittel anzuschaffen, um die häusliche Pflege zu erleichtern oder die Selbständigkeit des Menschen mit Pflegebedarf zu erhöhen (siehe Abschnitt 2.3.1).

#### **4.1.15 Zusätzliche Betreuungsleistungen**

*Von Anja Langert*

Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. demenziell Erkrankte) können zusätzlich einen Betreuungsbetrag erhalten, um niederschwellige Entlastungsangebote (Betreuungsgruppen, Tagesbetreuung in Kleingruppen, Helferkreis, Einzelbetreuung) in Anspruch zu nehmen.

## **4.2 Wie werden die Angebote wahrgenommen & welche Hürden hindern?**

*Von Anja Langert*

Seit dem 1. Januar 2015 sind die Gesetzlichkeiten erneut geändert und zum Teil verbessert wurden. Unter anderem wurden verschiedene Geldleistungen erhöht, Neuerungen verabschiedet, z.B. Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung für kurzzeitige Arbeitsverhinderungen und Zeiträume verlängert. So z.B. beim Familienpflegezeitgesetz: „Ein weiterer Schwerpunkt des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zielt auf die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Sowohl die neu eingeführte kurzzeitige Freistellung von der Arbeit bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen als auch die Pflegezeit von bis zu einem halben Jahr wurden allerdings bislang von Hauptpflegepersonen kaum in Anspruch genommen (BMG 2015, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de))“. Auch der „Anspruch auf teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (ebd., [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)) wurde selten genutzt. „Dabei muss eine Mindestarbeitszeit von 15 Stunden wöchentlich eingehalten werden. Der Rechtsanspruch gilt nicht für Beschäftigte in Kleinbetrieben. Der neue Anspruch auf Familienpflegezeit kann mit dem – bereits geltenden – Anspruch auf Pflegezeit verbunden werden. Darüber hinaus erhalten Beschäftigte, die die Pflegezeit oder Familienpflegezeit in Anspruch nehmen, zur besseren Absicherung des Lebensunterhalts während der Freistellung einen Anspruch auf Förderung, indem sie beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) ein zinsloses Darlehen beantragen können. (BMG 2015, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de))“ Dieses zinslose Darlehen gilt auch für andere Pflegezeiten, wie Pflegeauszeit für bis zu 6 Monate und die Begleitung in der letzten Lebensphase. Dabei soll dieses Darlehen helfen, den Verdienstausschlag abzufedern. Es wird in Raten ausgezahlt und muss in Raten zurückgezahlt werden, sobald der Arbeitnehmer seiner geregelten Arbeitstätigkeit nachgeht. Trotz dieses zinslosen Darlehens, fällt es vielen Angehörigen schwer sich auf solche Pflegezeiten



einzulassen, da es häufig trotzdem zu finanziellen Engpässen kommen kann und sich die meisten pflegenden Angehörigen nicht auch noch darüber den Kopf zerbrechen wollen. Da diese Regelung auch relativ neu ist, wird sie unter den pflegenden Angehörigen noch nicht präsent sein.

Das Pflegegeld, welches von den Pflegekassen gezahlt wird, gilt trotz Erhöhung bei den Pflegebedürftigen und den Angehörigen als zu niedrig.

Die Unterstützung durch einen Pflegeberater wurde, soweit bekannt, gern angenommen. Mit dieser Beratung war der überwiegende Teil der Beratenen 85% zufrieden oder sogar sehr zufrieden. Das auf diese Form der Beratung seit 01. Januar 2009 ein Rechtsanspruch besteht, war den meisten Pflegebedürftigen nicht bekannt. Abgesehen davon ist das Netz der Pflegestützpunkte erst im Aufbau und soll verstärkt ausgebaut werden (vgl. ebd., [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)).

Ein weiterer Grund, warum verschiedene Angebote, vor allem im niedrighschwelligen Bereich, nicht angenommen werden ist, dass die Pflegebedürftigen nicht von fremden Personen betreut werden möchten. Dort wäre ein Ausbau der Nachbarschaftshilfe von Vorteil, um das Argument „des Fremden“ zu entschärfen. Des Weiteren gaben Pflegebedürftige an, dass die Angebote im niedrighschwelligen Bereich nicht ihren Bedürfnissen entsprächen und deshalb nicht angenommen wurden.

## **4.3 Fazit zum Kapitel 4**

*Von Anja Langert*

„Auf Grund der Tatsache, dass ein breit gefächertes Angebot an hoch spezialisierten Diensten aus verschiedenen Quellen finanziert wird (Sozialversicherungsbeiträge, öffentliche Gelder oder private Finanzierung), haben sich lokal unterschiedliche Strukturen entwickelt, die auf verschiedenen Verantwortungsbereichen wie den örtlichen Behörden, Dienstleistungsagenturen, Non-Profit-Organisationen sowie privat-gewerblichen Anbietern basieren. Dadurch verharrt das System der Pflege- und Gesundheitsdienste in einem Zustand der

Intransparenz und Desintegration (Schmidt 2002). ([www.uke.de](http://www.uke.de)) Das bedeutet, dass es den Bedürftigen und ihren Angehörigen schwer fällt, aus der Vielzahl der Möglichkeiten der Angebote das heraus zu finden, dass ihren Bedürfnissen weitestgehend entspricht. Daraus kann man schließen, dass der Ausbau der Pflegeberatung von großer Wichtigkeit ist, damit Pflegebedürftige und ihre Angehörigen mittels professioneller Hilfe durch einen Pflegeberater/Case Manager in die Lage versetzt werden, gemäß ihrer oft komplexen Bedarfslagen, sich für die richtigen Angebote zu entscheiden.

Weiterhin wäre es von Vorteil, wenn Ärzten und auch professionellem Pflegepersonal Flyer oder Ratgeberhefte mit Informationen oder Kontaktadressen über Pflegeberatung zur Verfügung stehen würden, die sie bei Bedarf ihren Patienten an die Hand geben könnten. Häufig besteht zu diesen genannten Personen ein gewisses Vertrauensverhältnis, was genutzt werden kann, um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen dazu zu bringen, sich damit auseinander zu setzen. Vor allem der eigene Hausarzt spielt für die heute ältere Generation noch eine wichtige Rolle und dessen Rat wird oft erhört.

## 5. Soziale Arbeit als Brücke zur Entlastung

*Von Maria Häder*

Einleitend zu diesem Kapitel möchte nochmals kurz ganz allg. auf den Fachbereich Soziale Arbeit eingegangen werden. Geht man von der Gesellschaft aus bzw. was sie über die Profession der Sozialarbeiter annimmt, so agieren jene vornehmlich im Gebiet der Kinder- und Jugendhilfe, d.h. in den Jugendämtern. Das geht u.a. auf die mediale Präsenz des eben genannten Berufsfeldes zurück, da in vielen Nachrichtenbeiträgen oft von ihnen berichtet wird (z.B. Fälle von Inobhutnahmen der Kinder bei drogensüchtigen Eltern). Dabei existieren bei weitem mehr Berufsfelder und Arbeitsbereiche als viele Menschen wissen. So z.B. Sozialarbeiter im Arbeitsbereich des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD), der Bewährungshilfe, der Frühförderung, der Schuldnerberatung, etc. oder in den Berufsfeldern Schulsozialarbeit, Klinische Sozialarbeit und (im Kontext dieser Bachelorarbeit) in der Altenarbeit. Soziale Arbeit im Fachbereich Alter bzw. das berufliche Handeln daraus etabliert sich erst allmählich seit den letzten Jahren. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird im Folgenden ein besonders aufkommendes Berufsfeld der Sozialen Arbeit und Alter vorgestellt, die noch sehr junge Interventionsform der sog. Pflegeberatung bzw. des Case-Managements. Diese Beratungsform soll v.a. die Zugangsmöglichkeiten für pflegende Angehörige im Wesentlichen verbessern, sodass die Angebote (wie im Abschnitt 4.1 aufgezählt und kurz beschrieben) sowie die Wohn- und Pflegeformen (siehe Abschnitt 2.3) in einem höheren Maß wahrgenommen werden. Denn das ausreichend Anregungen für pflegende Angehörige existieren ist offensichtlich, nur die Inanspruchnahme dessen ist noch nicht dementsprechend befriedigend.

## **5.1. Soziale Arbeit im Bereich der Pflegeberatung / des Case Managements**

*Von Maria Häder*

Wie bereits im Abschnitt 4.1.1 unter der Einzelberatung kurz definiert, agieren die Pflegeberater/Case-Manager einzelfallbezogen und klientenorientiert, d.h. „in Abgrenzung zum Sozialmanagement steht im Zentrum der Bemühungen also nicht die (soziale) Einrichtung, die es effizient und effektiv zu organisieren gilt, sondern vielmehr der Fall (Klient), dem ebenfalls im Sinne von Effizienz und Effektivität ein optimales Unterstützungsnetzwerk einzurichten ist“ (Galuske 2011, S. 200). Im Kontext der Sozialen Arbeit gibt es noch eine weitere, ausführlichere Definition nach dem amerikanisch-deutschen Sozialarbeiter und Sozialwissenschaftler Louis Lowy: „Case Management gehört der Sozialarbeit an und hat die Kernfunktion, den Klienten-Systemen (einzelnen Menschen, Familien und ihren Angehörigen, Kleingruppen, Nachbarn, Freunden usw.) in koordinierter Weise Dienstleistungen zugänglich zu machen, die von ihnen zur Lösung von Problemen und zur Verringerung von Spannungen und Stress benötigt werden. Sozialarbeiter erfüllen damit einen wichtigen Teil ihres Mandates und ihrer Funktion, indem sie soziale oder gesundheitliche, therapeutische und erzieherische, religiöse, juristische u.a. Hilfen denen vermitteln und zukommen lassen, die auf derartige Leistungen ambulant (im eigenen Haushalt) (...) angewiesen sind“ (ebd., S. 199, zit. n. Lowy 1988, S.31). Bereits 1988 erkannte L. Lowy demnach die Potenziale, die der Pflegeberatung/des Case-Managements im Bereich der Sozialen Arbeit und dem Angebot der Einzelfallhilfe zugrunde liegen. Jedoch etabliert sich diese Beratungsform erst allmählich seit einigen Jahren in Deutschland.

Laut der Definition nach L. Lowy bedient sich die Pflegeberatung/das Case-Management in der Arbeit mit den Klienten (im Rahmen dieser Bachelorarbeit vornehmlich mit den pflegenden Angehörigen) verschiedener Merkmale bzw. Funktionen (ebd., S. 199f.):

## Assessment

Darunter ist eine Aufgabenstellung zu verstehen im Sinne der Erfassung der Lebenssituation der pflegenden Angehörigen und ihrer zu Pflegenden und des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs. In diesem Kontext bauen die Pflegeberater/Case-Manager eine Beziehung zu ihnen auf.

## Service Planning

Dieses Merkmal bezeichnet die Planung der Dienstleistung im Kontext der Erarbeitung eines sog. Hilfe- und Unterstützungsplans mit den pflegenden Angehörigen.

## Brokering Services

Hierbei handelt es sich um die Kontaktierung und Vermittlung an die konkret hilfeleistende Institution im Zusammenhang mit der konkreten Vermittlung der Unterstützung. Vorzugsweise sei an dieser Stelle ein ambulanter Pflegedienst gemeint. Dieser kann von den Pflegeberatern/Case-Managern hinzugezogen werden, falls zum einen diese Pflegeform noch nicht involviert sein sollte und zum anderen, aufgrund des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs des zu Pflegenden, jene Form unerlässlich erscheint.

## Community Intervention

Diese Funktion erfüllt das Handeln im kommunalen Kontext bzw. die sich daraus ergebende Koordination der Hilfeleistung. Die Pflegeberater/Case-Manager beraten die pflegenden Angehörigen hinsichtlich weiterer Netzwerke innerhalb der Gemeinde/Stadt, welche zur Unterstützung hinzugezogen werden können (z.B. Tagespflegeeinrichtungen).

Anhand dieser Funktionen bzw. Merkmale der Pflegeberatung/des Case-Managements soll, wie bereits erwähnt, ein effektives und effizientes Unterstüt-

zungsnetzwerk für die pflegenden Angehörigen geschaffen werden. Der deutsche Sozialarbeiter, Sozialpädagoge und Sozialarbeitswissenschaftler Wolf Rainer Wendt bestimmt elf zentrale Bestandteile des Verfahrens hinsichtlich der Pflegeberatung/des Case-Managements:

- „ ’ 1. die Nutzung eines Netzwerkes von Einrichtungen und Diensten,
2. die Eröffnung des Zugangs zu den Bestrebungen und Ressourcen des Dienstes seitens der Zielgruppe,
3. die Erfassung der Stärken des Klienten und seines Hilfebedarfs, wobei die Betonung eher auf den Stärken als auf dem Problem liegt,
4. die Entwicklung eines Unterstützungsplans nach Zielplanung mit dem Klienten,
5. ein Vertrag zwischen Klient und Dienststelle und erforderlichenfalls weitere Einzelkontrakte,
6. der Entwurf eines individualisierten Netzwerkes sowohl der Dienste als auch der informellen Hilfen für und mit dem Klienten,
7. die Durchführung des verabredeten Plans und die Mobilisierung der Netzwerke,
8. Beobachtung des Ablaufs der Unterstützung gemäß Plan und nötigenfalls seine Abänderung,
9. Evaluation zusammen mit dem Klienten, ob die abgesprochenen Aktivitäten ihren Zweck erfüllen,
10. formelle Beendigung der Unterstützung in Absprache mit dem Klienten und
11. Nachsorge’ “ (ebd., S. 200f., zit. n. Wendt 1988, S. 21).

Die Pflegeberater/Case-Manager dienen demnach den pflegenden Angehörigen als Unterstützung, Beratung und Begleitung. Seit dem 01.01.2009 besteht

für die zu pflegenden Menschen und/oder deren pflegenden Angehörigen (vornehmlich älteren Menschen) ein gesetzlicher Anspruch auf Pflegeberatung. Dieser Anspruch gilt für Personen, bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht und die entweder bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten oder einen Antrag auf Leistungen gestellt haben (vgl. BMG 2015, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)). Laut dem BMG wird weiterhin erläutert: „die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung entweder unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb der 2-Wochen-Frist eingelöst werden kann“ (ebd. 2015, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)). Wie bereits im Kapitel 3 deutlich gemacht wurde, ist die Überlastung der pflegenden Angehörigen nach wie vor ein sehr präsent Thema, was es sehr ernst zu nehmen gilt.

## **5.2 Ausbau der Zugangsmöglichkeiten anhand der Pflegeberatung/des Case-Managements**

*Von Maria Häder*

Bisher agieren die Pflegeberater vorzugsweise in den Pflegekassen der Krankenkassen. Um nun gegenwärtig den Ausbau der Zugangsmöglichkeiten für pflegende Angehörige zu forcieren und die nach W. R. Wendt zitierten zentralen Bestandteile anhand der Pflegeberatung/des Case-Managements umzusetzen, gibt es nicht erst seit kurzem sog. Pflegestützpunkte. „Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung“ (ebd. 2015, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)). Das heißt, dass Pflegestützpunkte bzw. deren Mitarbeiter (die Pflegeberater/Case-Manager) den pflegenden Angehörigen v.a. in der Or-

ganisation und der Vorbereitung bezüglich der Pflege Unterstützung anbieten können. Eine Liste von Pflegestützpunkten in den Regionen bzw. den Bundesländern bieten die Krankenkassen auf Nachfrage an. Hinweisend sei zu erwähnen, dass sich die Pflegestützpunkte v.a. in Ostdeutschland nur mäßig konstituieren, so befinden sich z.B. in Thüringen lediglich 2. In Sachsen und Sachsen-Anhalt hat sich die Regierung dagegen ausgesprochen, solche Stützpunkte zu betreiben, da zum einen bereits andere Netzwerke existieren (z.B. das sog PflegeNetz in Sachsen) oder darauf hingewiesen wird sich weiterhin Beratung bei den Pflege- und Krankenkassen einzuholen (vgl. Pflegestützpunkte 2015, [www.gesundheits-und-pflegeberatung.de](http://www.gesundheits-und-pflegeberatung.de)).

Neben den bestehenden Pflegestützpunkten gibt es eine weitere Möglichkeit die lokalen Unterstützungsmöglichkeiten in Bezug auf den Arbeitsstandort der Pflegeberater/Case-Manager auszubauen, diese gilt es folgend zu nennen: die Erweiterung im Bereich der ambulanten Pflegedienste. Jene Pflegeform hat sich in der BRD schon sehr etabliert und ausgeweitet, daher ist es sehr ratsam und naheliegend v.a. in diesem Arbeitsbereich die Pflegeberater/Case-Manager zu integrieren. Einige (wenige) ambulante Pflegedienste haben die Potenziale der Profession Pflegeberatung/Case-Management inzwischen schon erkannt, dennoch nicht in dem Maße wie es wünschenswert und erforderlich ist. Die professionell Pflegenden (Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, etc.) spüren bzw. erleben die Überforderung der pflegenden Angehörigen täglich in ihrer Arbeit mit den zu Pflegenden in deren Häuslichkeit. Jedoch sind sie „nur“ für die rein medizinischen und/oder pflegerischen Tätigkeiten an und mit den Patienten zuständig, d.h. für Gespräche mit den pflegenden Angehörigen und deren Belange gibt es keinen Zeitraum. Hier gilt es nun anhand der Pflegeberatung/des Case-Managements anzusetzen, um u.a. den Ausbau der Unterstützung der pflegenden Angehörigen voranzutreiben. Die professionell Pflegenden können nun die im ambulanten Pflegedienst integrierten Pflegeberater/Case-Manager in Bezug auf die Überlastung der Angehörigen informieren und den Kontakt zwischen ihnen herstellen. Daraus würde bzw. kann u.a. ein Abbau der Hürden, wie sie unter 4.2 beschrieben wurden, resultieren.



## **5.3 Aufbau einer neuen Beratungsform für pflegende Angehörige am Beispiel der Psychosozialen Betreuung**

*Von Maria Häder*

Im Kontext der Sozialen Arbeit und Alter und dem bereits vorgestellten Arbeitsbereich der Pflegeberatung/des Case-Managements könnte bzw. sollte in Zukunft ein weiteres Angebot integriert werden: die psychosoziale Betreuung der pflegenden Angehörigen. Wie schon im Kapitel 4 aufgeführt, existieren derzeit bereits diverse Schulungsangebote sowie Angehörigen- und Gesprächsgruppen. Diese werden in einzelnen Fällen schon von den pflegenden Angehörigen wahrgenommen. Aber im Bezug auf den Ausbau der erläuterten Pflegestützpunkte im vorhergehenden Abschnitt (u.a. innerhalb eines ambulanten Pflegedienstes) liegt es sehr nahe, jene Angebote von Seiten der Pflegeberater/Case-Manager bzw. anhand derer mit anzubieten. Wie bereits im Abschnitt 4.1.2 (Schulungsangebote) und Abschnitt 4.1.10 (Angehörigen- und Gesprächsgruppen) erläutert wurde, zielen der Inhalte auf Wissensvermittlung und auf den Austausch unter den pflegenden Angehörigen. Diese Kernstücke der Angebote gilt es aufzugreifen und im Bezug auf die psychosoziale Betreuung zu erweitern.

Die Bedeutung der psychosozialen Betreuung ist ähnlich der sog. psychosozialen Notfallsituation. Das heißt, es handelt sich hierbei um Maßnahmen bzw. die Betreuung der pflegenden Angehörigen hinsichtlich der Prävention und der Früherkennung von Belastungsfolgen aufgrund von Überforderung und anderen Folgen der Pflege ihrer Familienmitglieder. Weiterhin werden Hilfe- und Unterstützungsangebote bereitgestellt, die zur Erfahrungsverarbeitung dienen (vgl. Netzwerk PSNV 2015, [www.netzwerk-psnv.de](http://www.netzwerk-psnv.de)). Im Vordergrund sollen an dieser Stelle nicht nur die Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten stehen, sondern der Fokus liegt auf den persönlichen Belangen der pflegenden Angehörigen. Im Rahmen der psychosozialen Betreuung können Angehörige in Gruppen- aber auch in Einzelgesprächen über Stresssituationen, Überlastungen, Überforderungen, etc. sprechen, ohne dass die Pflegeberater/Case-Manager wertend auf

diese Äußerungen eingehen. Den pflegenden Angehörigen soll der Raum gegeben und ermöglicht werden, ihre Gefühle (auch wenn sie noch so negativ erscheinen) komplett frei äußern zu können.

Im Kontext von Gruppenberatungen können die pflegenden Angehörigen untereinander ihre Gedanken aussprechen und treffen dabei auf Verständnis, Teilnahme, Einfühlungsvermögen, etc. Neben dem aktiven Zuhören seitens der Teilnehmer können sich die pflegenden Angehörigen nun untereinander austauschen, welche Strategien es zur Bewältigung der negativen Gefühle gibt bzw. welche Möglichkeiten sie evtl. bisher schon nutzen. Da sie jedoch mit dem Laienwissen an ihre Grenzen stoßen, stehen hierfür die Pflegeberater/Case-Manager unterstützend zur Seite. Diese können gezielte Tipps geben, wie in Krisensituationen agiert werden kann, damit sie nicht völlig eskalieren.

Wiederum können innerhalb der Einzelberatung die pflegenden Angehörigen gemeinsam mit den Pflegeberatern/Case-Managern auf ganz gezielte Situationen eingehen. Das heißt u.a. auf sehr intime Belange: z.B. die pflegende Ehefrau erträgt Verhaltensweisen ihres zu pflegenden Ehemannes auf einmal nicht mehr, da sich dieser (meist krankheitsbedingt) sehr verändert hat. Es können auch Gewalterfahrungen besprochen werden, welche entweder seitens des zu Pflegenden (z.B. schlug bei Berührung auf einmal um sich) oder seitens der pflegenden Angehörigen (z.B. die pflegende Tochter gab ihrer zu pflegenden Mutter eine Ohrfeige, da die Mutter sich ein Getränk über ihre frisch angezogene Kleidung goss) vorgekommen. Aus Scham darüber zu sprechen bzw. eine größere Gruppe daran teilhaben lassen zu wollen, sind gerade für solche Krisensituationen die Einzelberatungen zu präferieren. Die Pflegeberater/Case-Manager sollten in solchen Gesprächen sehr behutsam mit den pflegenden Angehörigen umgehen, d.h. mit sehr viel Verständnis und Einfühlungsvermögen. Aber um solche Situationen zu umgehen bzw. nicht wieder vorkommen zu lassen, müssen Interventionen geschaffen werden. Entweder durch bestehende Pflege- und/oder spezielle Wohnformen oder die Vermittlung zu externen Schulungsangeboten (z.B. zum Thema „Gewalt in der Pflege“).

## 5.4 Fazit zum Kapitel 5

*Von Maria Häder*

Im Bezug auf das Berufsfeld der Pflegeberatung/des Case-Managements erhält die Profession Soziale Arbeit und Alter einen innovativen Arbeitsbereich, welchen es gilt deutschlandweit ferner auszubauen. Mit seinen Funktionen und den zentralen Bestandteilen deckt dieses Feld sehr viele Angebotspaletten ab, welche es in Bezug auf die Beratung von Pflegenden und/oder v.a. den zu pflegenden Angehörigen zu bearbeiten gilt. In der heutigen Zeit, in der häusliche Pflege dem Heimeinzug immer mehr vorgezogen wird, ist die individuelle Betreuung wieder mehr in den Fokus gerückt als es vor einigen Jahren noch der Fall war. Die Lebensphase Alter sollte daher aus einem anderen Blickwinkel betrachtet werden. Das heißt nicht die Verbindung mit Krankheit und Alter herzustellen (zu stigmatisieren), sondern Ressourcen der zu Pflegenden ausfindig zu machen, auf ihre Wünsche und Bedürfnisse einzugehen, etc. Damit die pflegenden Angehörigen in diesem Kontext ihre Tätigkeiten ausführen können, gilt es sie dementsprechend zu qualifizieren. Hierbei sollen auch ihre Belange betrachtet und wenn nötig bearbeitet werden. Dies kann die Pflegeberatung/das Case-Management zum Teil schon jetzt aufarbeiten, anhand der Installierung von Netzwerken, in der Beratung zu diversen Anträgen, welche gestellt werden können, usw. Aber im Ausbau dessen sollte die psychosoziale Betreuung der pflegenden Angehörigen bei weitem verbessert werden. Daher wäre es ratsam sie in die Pflegeberatung/das Case-Management zu integrieren. Im Rahmen der Örtlichkeit, d.h. den vorgestellten Pflegestützpunkten, wo diese Pflegeberatung u.a. stattfindet, sollte über die nächsten Jahre hinweg geschaut werden, ob der Bedarf (v.a. in Ostdeutschland) nicht doch benötigt wird und demzufolge auf- bzw. ausgebaut wird.

## 6. Weiterführende Forschungen

*Von Maria Häder und Anja Langert*

Im Kontext bzw. in der Bearbeitung dieser Bachelorarbeit kamen in sehr vielen Themenbereichen Lücken auf, welche es anhand der weiterführenden Forschungen zu schließen gilt. Das betrifft v.a. die Bereiche der Statistiken zu diversen Sachverhalten. Um diese zu benennen, wird im Folgenden systematisch vorgegangen werden. Das heißt jedes Kapitel bietet Möglichkeiten zur Bearbeitung von weiterführenden Forschungen an.

Im Bezug auf den demographischen Wandel und der steigenden Lebenserwartung lassen sich in den nächsten Jahren vielfältige Themen bearbeiten. So wäre es interessant, in diesem Bereich mehr über die Absicherung und die Unterstützungsmöglichkeiten der professionellen Pflege in den nächsten Jahren zu erfahren. Wenn der Fachkräftemangel bereits jetzt zu spüren ist, wie sieht das dann erst in den nächsten Jahren aus? Auf welche Alternativen muss evtl. zurückgegriffen werden? Um, wie in Deutschland gefordert, weiterhin eine gute Qualität an Pflege zu sichern und umzusetzen zu können, sollte vor allem auch die Regierung diesen Trend nicht aus den Augen verlieren und versuchen, schon jetzt die Finanzierung der Pflege auf eine nachhaltigere Grundlage zu stützen. Weiterhin könnten in diesem Kontext auch Studien bei den jüngeren Personen (den unter 65jährigen) durchgeführt werden mit der Fragestellung, wie sie sich ihre eigene Lebensphase im höheren Alter vorstellen und welche Bedürfnisse und Wünsche sie mit dieser verbinden. Dabei sollten unter anderem auch die Pflege- und Wohnformen betrachtet werden.

Den Stigmatisierungen im Alter könnte anhand von gezielten Untersuchungen auf den Grund gegangen werden. Es könnte untersucht werden, ob hier (wie bei den Rollenzuschreibungen der Geschlechter) ebenfalls noch tradierte Vorstellungen in den Köpfen der Bevölkerung existieren und falls dem so ist – warum? Welche Auswirkungen haben diese Stigmatisierungen auf die älteren Menschen? Da, wie vorher bereits beschrieben, gegenwärtig und auch in Zu-

kunft, die Menschen länger gesund älter werden, könnte man die Potenziale (wie in Abschnitt 2.2.2 erläutert) des Alters erforschen und für die Gesellschaft nutzbar machen. Dazu könnten bereits Befragungen von älteren Menschen durchgeführt werden, in denen eigene Wünsche und Vorstellungen an ihre späten Lebensphasen abgefragt werden, aber ebenso kognitive und körperliche Ressourcen ermittelt werden.

Während der Bearbeitung der Pflege- und Wohnformen war ersichtlich, dass v.a. die Tages- und Nachtpflege noch nicht in dem Maße genutzt werden, wie es sinnvoll wäre. Die Kosten-Nutzen-Rechnung u.a. in Bezug auf das Personal ist hierbei oft sehr ungenügend. In diesem Kontext könnten gezielte Untersuchungen in Erfahrung bringen, wie die Auslastung jener Pflegeformen verbessert werden könnte. Defizite, die bei diesen Angeboten wahrscheinlich sind, sollten erforscht werden, damit sie von einer größeren Zielgruppe als bisher in Anspruch genommen werden kann.

Die noch sehr jungen Wohnformen wie Mehrgenerationswohnen und die Wohngemeinschaften sollten über die nächsten Jahre hinweg beobachtet werden, inwieweit die Nutzung dieser alternativen Wohnform gegenüber der Pflegeeinrichtung einen positiven Effekt erzielt.

Bezüglich der Angebote für pflegende Angehörige, können Studien und Umfragen Erklärungen liefern, warum die Resonanz bzw. die Inanspruchnahme der Unterstützungsleistungen und –Angebote so verhalten erfolgt. Derzeit belegen nur sehr wenige (kaum aktuelle) Statistiken die Nutzung der Angebote. Vor allem die niederschweligen Angebote wie das Ehrenamt oder die Nachbarschaftshilfe, werden oft so gut wie gar nicht wahrgenommen. Wie der Informationsfluss von den Dienstleistern zu den potentiellen Auftraggebern verbessert werden kann, muss in Erfahrung gebracht werden, denn häufig geht der Nicht-Inanspruchnahme ein Nicht-Wissen voraus.

In Bezug auf das neue Pflegezeitgesetz muss geschaut werden, inwieweit die Regelungen darin im Berufsleben umgesetzt werden können und ob das Gesetz wirklich bei der Sicherstellung der häuslichen Versorgung unterstützt. Dabei muss zwischen der kurzzeitigen Freistellung von der Arbeit und der Pflege-

zeit von bis zu einem halben Jahr unterschieden werden. Hier wäre es interessant zu überlegen, ob man eine Kosten-Nutzen-Kalkulation aufstellen könnte, denn bei der Unterstützungsform der langen Pflegezeit von bis zu einem halben Jahr ist häufig die ungeklärte finanzielle Lage ein Grund diese Leistung abzulehnen. Einige Defizite existieren schon von vornherein in diesem Gesetz, denn verschiedene Tarifverträge machen es für den Angehörigen nicht ohne Weiteres möglich, eine sofortige Auszeit für einen Akutfall im Pflegeprozess in Anspruch zu nehmen. Auch ist die Vorgabe laut dem Gesetzgeber, dass der Anspruch des Pflegezeitgesetzes für eine Freistellung von bis zu einem halben Jahr nur für Firmen gilt, die mind. 15 Mitarbeiter haben. Betrachtet man dazu die Betriebslandschaft in Deutschland, wird man feststellen, dass sich das Gesetz bzw. die Pflegezeit mit der genannten Bedingung für über 50% der Arbeitnehmer erledigt hat. Damit. Demzufolge haben Betriebe/Firmen mit einer geringeren Mitarbeiterzahl keinen Anspruch auf diese Auszeit. Umfragen sollten bezüglich dessen herausfinden, ob das Pflegezeitgesetz in Anspruch genommen wird und wenn ja inwieweit sich die finanzielle Lage während der „Auszeit“ gestaltet. Denn über die Lohnfortzahlung bzw. wie sie sich gestaltet, während der Inanspruchnahme der Pflege, gibt es widersprüchliche Angaben.

Die eben erläuterten Abschnitte beinhalten bereits ein großes Potenzial, wenn es darum geht Forschungen im Bereich Soziale Arbeit und Alter zu forcieren. Das Hauptaugenmerk dieser Arbeit lag dahingehend auch auf dem Kapitel 5, d.h. auf der Pflegeberatung bzw. dem Case-Management. Um diese Beratungsform ausbauen zu können, können z.B. anhand der Pflegedienste Befragungen mit den pflegenden Angehörigen durchgeführt werden. Das heißt, dass nicht die professionellen Fachkräfte jene Befragungen durchführen sollen, da ihnen bekanntlich dafür die Zeit fehlt, jedoch können sie bereits vorgegebene Fragebögen an die pflegenden Angehörigen weiterleiten. Es gibt bereits wenige Studien, welche dem Thema „Annahme von Pflegeberatung/Case Management“ auf den Grund gegangen sind und eine positive Resonanz belegen. Dennoch nehmen deutschlandweit betrachtet zu wenig Menschen diese Beratung (vor allem aufgrund von Unkenntnis) in Anspruch. Aus diesem Grund wäre eine weitere Möglichkeit um an Informationen über die Nutzbarkeit der Pflegeberatung/Case Management zu kommen, eine Umfrage bei den Krankenkassen

darüber, wie viele der Mitglieder diese Beratung bei ihnen in Anspruch nehmen und ob sie Gründe bekannt sind, warum sich diese Form der Hilfe nur sehr allmählich anläuft.

Die im Bereich des Ausbaus der Angebote für pflegende Angehörige vorgestellte psychosoziale Betreuung, müsste erst erprobt werden, da sie im Bereich der Pflegeberatung/des Case-Management ein Novum darstellt. Eine Integration dieser Beratungsform wäre sehr wünschenswert.

## 7. Fazit

*Von Maria Häder und Anja Langert*

In der vorliegenden Bachelorarbeit haben wir uns mittels Literaturrecherche mit dem Thema Angehörigenarbeit bei der Pflege älterer Menschen befasst. Dabei haben wir feststellen können, dass die Betroffenen zum größten Teil wenig über die Pflege an sich und die Möglichkeiten der Unterstützung wissen. In Anbetracht der Tatsachen, dass die Bevölkerung in Deutschland immer älter wird, es weniger Nachkommen gibt und auch ein Fachkräftemangel vorherrscht, sollte es von großer Wichtigkeit sein Angehörigenarbeit bestmöglich zu unterstützen und das Wissen über die Unterstützungsformen zu forcieren. Durch den Ausbau des Pflegegesetzes in Form des Pflegestärkungsgesetzes ist Deutschland bereits auf einem guten Weg. Allerdings haben wir mehrmals festgestellt, dass sowohl die Pflegenden als auch die Pflegebedürftigen angaben, dass die bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten nicht immer auf deren Wünsche und Bedürfnisse ausgerichtet waren und deshalb nicht in Anspruch genommen wurden. Häufig wussten beide Seiten auch nicht über die verschiedenen Hilfeformen Bescheid, es herrscht ein großer Informationsmangel. Wie diesem Defizit begegnet werden kann, wäre zu überlegen. Man könnte zum Beispiel darüber nachdenken das Medium der Werbung in Funk und Fernsehen mit einzubeziehen.

Was eine sehr positive Resonanz gefunden hat, ist die Person des Pflegeberaters/Case Managers. Dieser kann mit einer guten Beratung der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Grundlage für eine gelingende Pflege und Betreuung legen. Dass diese Beratung schon gesetzlich seit dem 1. Januar 2009 verankert ist und jedem Betroffenen zusteht, ist auch hier nur wenig bekannt. Doch soll dieser Arbeitsbereich verstärkt ausgebaut werden (auch institutionell in Form von Pflegestützpunkten) und bietet der Profession Soziale Arbeit ein breites und interessantes Berufsfeld.



Ein Großteil der Literatur beschreibt die Lebensphase „Alter“ und „Hohes Alter“ als Phase in der sich noch viele Wünsche und Träume erfüllen lassen und die teilweise länger dauert, als die Phase der Kindererziehung. Die durchschnittliche Lebenserwartung steigt weiter an und mit Hilfe der heutigen Medizin, Technik und Ernährung werden die Menschen zudem länger gesund alt. In dem Lebensabschnitt, der sogenannten Hochaltrigkeit steigt im Gegenzug die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich an. Wie dabei der Spagat zwischen den vielen Nutzern der Pflegeversicherung im Gegensatz zu den wenigen Einzahlern in die Pflegeversicherung gelingen kann, sollte wirtschaftlich geprüft werden und Modelle für eine stabilere Finanzierungsgrundlage der Pflege erdacht und erschaffen werden. Sonst dauert es nicht lange, und der Anspruch einer Pflegeberatung kann nicht mehr durch die Kassen finanziert werden.

Was uns bei unserer Literaturrecherche aufgefallen ist, dass diese zum Thema Angehörigenarbeit nur eine geringe Auswahl an Büchern aufweist. Diese sind zu einem großen Teil zwischen 10 und 20 Jahren alt und in den Bibliotheken nur sehr schwierig zu bekommen, da nur wenige Exemplare existieren. Aus diesem Grund haben wir auch verstärkt Internetquellen in unsere Recherche mit einbezogen. Über diese wiederum war es teilweise möglich, aus aktuelleren Büchern Leseproben zu erhalten, die ein neueres Datum aufwiesen und die schon Fragestellungen bearbeiteten, die für das Thema Angehörigenarbeit von Wichtigkeit sind. So zum Beispiel die erwähnte Studie über „Männer in der Angehörigenpflege“. Die Recherche im Internet hat uns sehr viel Wissen gebracht und viel zum Nachdenken angeregt. Zum Beispiel stellten wir uns ebenso die Frage: Was ist wenn unser Partner oder unsere Eltern Pflegebedürftig werden? Wären wir bereit diesen Kraftakt auf uns zu nehmen, mit dem Wissen um Hilfsmöglichkeiten an der Hand?

## II Literaturverzeichnis

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) (1998): Eine Gesellschaft für alle Lebensalter. Band 172. S. 57, 59. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.

Fuchs, S. (2000): Arbeitshilfen für die Bildungsarbeit mit pflegenden Angehörigen. „Manchmal wünschte ich, er wäre schon tot.....“. S. 11f., 14. Hagen: Brigitte Kunz.

Gaida, J. (2000): Gesundheitspflege mit alternden Frauen und Männern. In: Kellnhauser, E., Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Geißner, U., Gümmer, M., Ullrich, L. (Hg.). Thieme's Pflege. entdecken – erleben – verstehen → professionell handeln. Begründet von L. Juchli. 9. Völlig neu bearbeitete Auflage. S. 807. Stuttgart: Georg Thieme.

Galuske, M. (2011): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 9. ergänzte Auflage. S. 199f., 200f., 201f.. Weinheim/München: Juventa.

Goffman, E. (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identitäten. S. 13. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Grond, E. (2014): Pflege Demenzkranker. Impulse für eine wertschätzende Pflege. 5., aktualisierte Auflage. S. 96. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH und Co. KG / Brigitte Kunz.

Gröning, K., Lietzau, Y. (2011): Pflege. In: Otto, H.-U., Thiersch, H. (Hg.) Handbuch Soziale Arbeit. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. S. 1081. München: Ernst Reinhardt.

Haas, M. (2005): Steigende Anforderungen an die Pflege. In: Köther, I. (Hg.). Thieme's Altenpflege. Zeitgemäß und zukunftsweisend. S. 6. Stuttgart: Georg Thieme.

Lowy, L. (1988): Case-Management in der Sozialarbeit. In: Brennpunkte Soziale Arbeit. Themenheft Soziale Einzelfallhilfe. S. 31 – 39. Frankfurt am Main.

Milisen, K., De Maesschalck, L., Abraham, I. (Hg.) (2004): Die Pflege älterer Menschen in speziellen Lebenssituationen. Modern, wissenschaftlich, praktisch. S. 4. Heidelberg: Springer.

Mürbe, M. (2013): Rechtskunde – Recht und Unrecht unterscheiden. In: Stanjek, K. (Hg.): Altenpflege konkret. Sozialwissenschaften. 5. Auflage. S. 304. München: Urban & Fischer.

Naegele, G. (2011): Alter. In: Otto, H.-U., Thiersch, H. (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. S. 37. München: Ernst Reinhardt.

Niklewski, G., Nordmann, H., Riecke-Niklewski, R. (2009): Betreuungs- und Pflegeangebote für Menschen mit Demenz. In: Stiftung Warentest (Hg.): Demenz. Hilfe für Angehörige und Betroffene. 2. aktualisierte Auflage. S. 220, 227f.. Berlin: Stiftung Warentest.

Rückert, W. (1997): Von Mensch zu Mensch. Hilfe und Pflege im Alter. In: Funkkolleg Altern – Studienbrief 18. Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen. S. 18. Tübingen.

Stanjek, K. (Hg.) (2013): Altenpflege konkret. Sozialwissenschaften. 5. Auflage. S. 166, 149, 185. München: Urban & Fischer.

Stascheit, U. (Hg.) (2010): Gesetze für Sozialberufe. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. S. 549. 18. Aufl. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Wendt, W. R. (1988): Soziale Einzelfallhilfe: Von der Falldiagnose zum Unterstützungsmanagement. In: Brennpunkte Soziale Arbeit. Themenheft Soziale Einzelfallhilfe. S. 9 – 30. Frankfurt am Main.

## Internetquellen:

Alternstheorien – Theorie wie man Altert: 2. Theorien zur Intelligenz und psychischen Entwicklung im Alter. 2.1. Defizitmodell. S. 3. <http://www.pflegeportal-chemnitz.de/Fortis/Alternstheorien1012.pdf> (letztmalig am 03.01.2015 aufgerufen)

BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) (2010): Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Pflege. [https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/Auswirkungen-auf-die-Pflege/Auswirkungen\\_Pflege.html](https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/Auswirkungen-auf-die-Pflege/Auswirkungen_Pflege.html) (letztmalig am 09.11.2014 aufgerufen)

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. 3.1.2.1 Bedingungen der Lebensqualität im hohen Alter. S. 82. PDF-Dokument. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-21786-4.-Altenbericht-Teil-1,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (letztmalig am 11.11.2014 aufgerufen)

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015): Informationsangebot der Pflegestützpunkte. <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeberatung/pflegestuetzpunkte.html> (letztmalig am 13.01.2015 aufgerufen)

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015): Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeberatung/pflegeberaterinnen-und-berater.html> (letztmalig am 13.01.2015 aufgerufen)

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2014): Pflegefachkräftemangel. <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html> (letztmalig am 05.01.2015 aufgerufen)

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2014): Pflegestufen. <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.html> (letztmalig am 11.11.2014 aufgerufen)

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015): Zuschüsse zur Wohnungsanpassung. <http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen/ambulante-pflege/wohnungsanpassung.html> (letztmalig am 08.01.2015 aufgerufen)

Börsch-Supan, A. (2011): Ökonomische Folgen des demographischen Wandels. In: Charta der Vielfalt . Publikationen. (Jung-Alt-Bunt. Chancen und Herausforderungen.) <http://www.charta-der-vielfalt.de/service/publikationen/jung-alt-bunt/chancen-und-herausforderungen/oekonomische-folgen-des-demographischen-wandels.html> (letztmalig am 09.11.2014 aufgerufen)

DESTATIS: Statistisches Bundesamt (2009): 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. <https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/> (letztmalig am 25.11.2014 aufgerufen)

DESTATIS: Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile) (letztmalig am 11.01.2015 aufgerufen)

Die Welt (2013): Deutschland sucht die Welt nach Pflegekräften ab. <http://www.welt.de/politik/deutschland/article123381446/Deutschland-sucht-die-Welt-nach-Pflegekraeften-ab.html> (letztmalig aufgerufen am 07.01.2015)

FOCUS Online (2014): Der Altenpflege droht gravierender Fachkräftemangel. [http://www.focus.de/finanzen/news/bundesagentur-fuer-arbeit-warnt-in-der-altenpflege-droht-gravierender-fachkraeftemangel\\_id\\_3680790.html](http://www.focus.de/finanzen/news/bundesagentur-fuer-arbeit-warnt-in-der-altenpflege-droht-gravierender-fachkraeftemangel_id_3680790.html) (letztmalig am 05.01.2015 aufgerufen)

Hohmann, C. (2007): Warum Männer früher sterben. In: Pharmazeutische Zeitung online. Lebenserwartung. Ausgabe 12/2007. <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=2807> (letztmalig am 08.11.2014 aufgerufen)

Jähnichen, S. (2008): Ambient Assistend Living. In: VDE-Hintergrundpapier. Intelligente Assistenzsysteme im Dienst für eine reife Gesellschaft. S. 3f. PDF-

Dokument.

<http://www.vde.com/de/Verband/Pressecenter/Pressemappen/Documents/Hintergrundpapier%20AAL.pdf> (letztmalig am 08.01.2015 aufgerufen)

Kursana (2015): Wohnen und Pflege. Schnellübersicht Pflegeformen. <http://www.kursana.de/wohnen-pflege/ratgeber/formen-der-pflege/schnelluebersicht-pflegeformen/> (letztmalig am 08.01.2015 aufgerufen)

Luy, M. (2012): Lebenserwartung in West- und Ostdeutschland. <http://www.lebenserwartung.info/index-Dateien/ledeu.htm> (letztmalig am 08.11.2014 aufgerufen)

Netzwerk PSNV Psychosoziale Notfallversorgung (2009-2014): PSNV – Was ist das?. <http://www.netzwerk-psnv.de/psnv-%E2%80%93-was-ist-das> (letztmalig am 14.01.2015 aufgerufen)

Pflege.de (2015): Mehrgenerationshaus. <https://www.pflege.de/magazin/pflege-wohnformen/mehrgenerationenhaus> (letztmalig am 08.01.2015 aufgerufen)

Pflegestützpunkte-online.de (2015): Pflegestützpunkte. <http://gesundheits-und-pflegeberatung.de/> (letztmalig am 13.01.2015 aufgerufen)

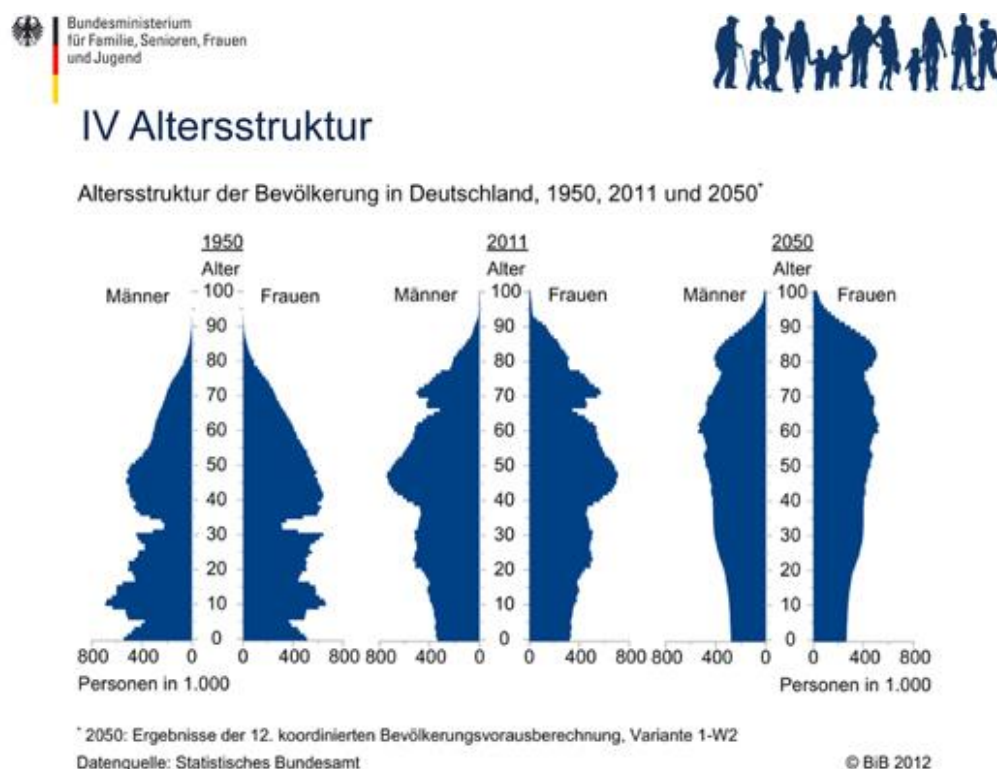
Pflegeversicherung: Das Informationsportal zur Pflegeversicherung. (2015): Verhinderungspflege als Ersatzpflege in der Pflegeversicherung. <http://www.pflegeversicherung.net/verhinderungspflege> (letztmalig am 14.01.2015 aufgerufen)

Sentiso (2011): Informationen. Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Sicherheit. <http://www.sentiso.de/informationen/30-demographischer-wandel-und-soziale-sicherheit> (letztmalig am 09.11.2014 aufgerufen)

## III Anlagen

### Abbildungsverzeichnis

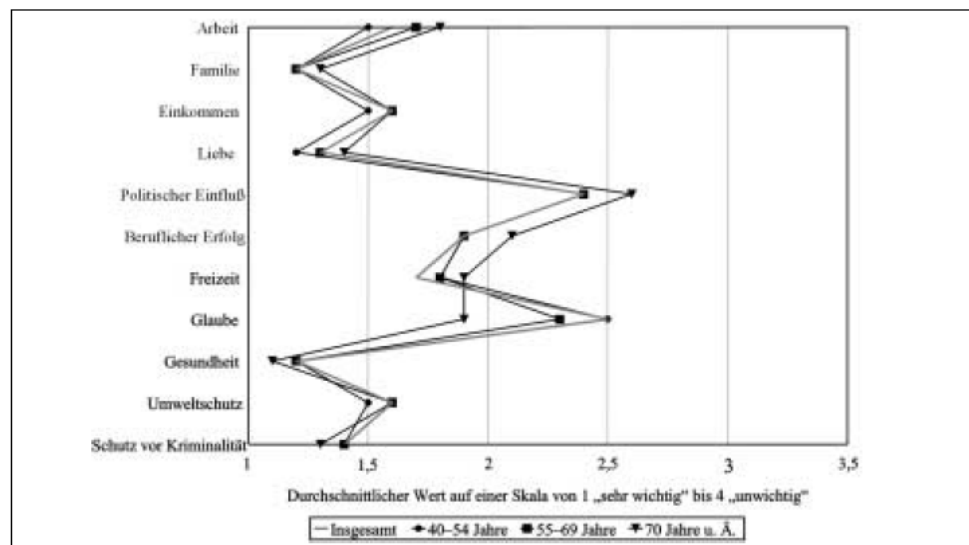
Abb. 1: BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2012): IV Altersstruktur. Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland, 1950, 2011 und 2050\*. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Presse/bilderreihen,did=210466.htm> I?view=renderOnelImage&image=4



(Abb. 1)

Abb. 2: BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Wichtigkeit von Lebensbereichen 1998 – Westdeutschland/Ostdeutschland. S. 81. PDF-Dokument. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-21786-4.-Altenbericht-Teil-I,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (letztmalig am 11.11.2014 aufgerufen)

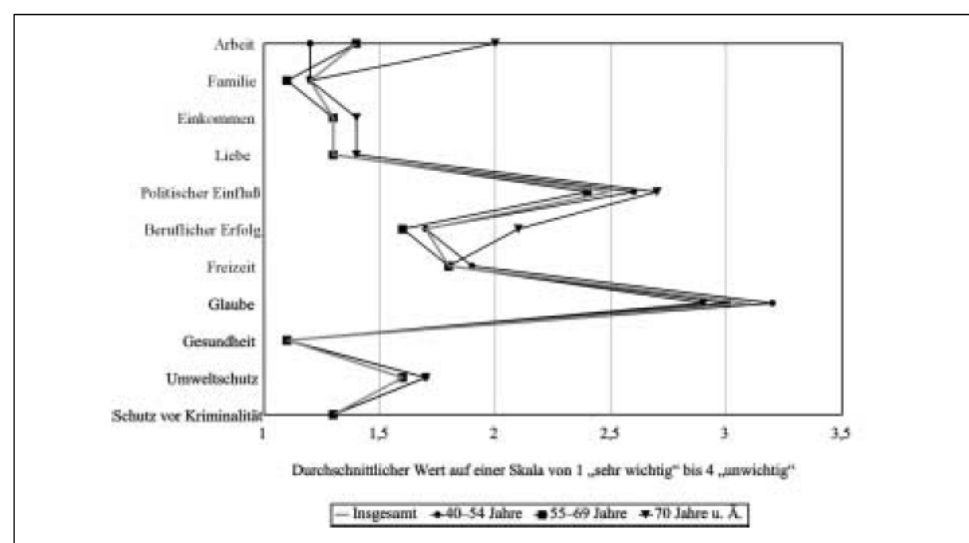
Wichtigkeit von Lebensbereichen, 1998 – Westdeutschland



Quelle: Noll & Schöb 2001, Datenbasis: Wohlfahrtssurvey 1998.

Abbildung 3-2

Wichtigkeit von Lebensbereichen, 1998 – Ostdeutschland

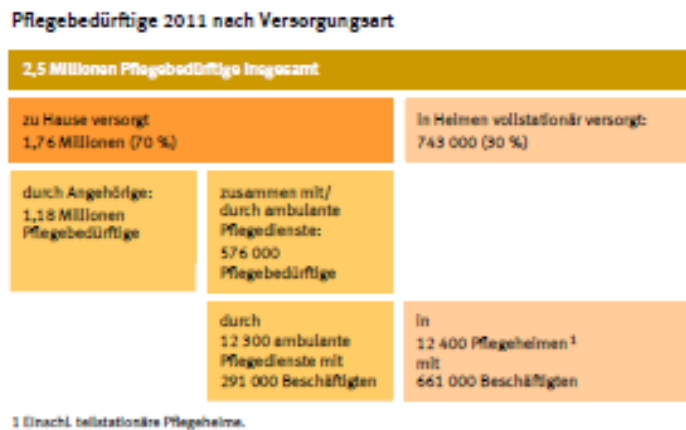


Quelle: Noll & Schöb 2001, Datenbasis: Wohlfahrtssurvey 1998.

(Abb. 2)



Abb. 3: Statistisches Bundesamt (2011): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung  
 Deutschlandergebnisse; Pflegestatistik 2011:  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile)



(Abb. 3)

## **IV Selbständigkeitserklärung**

Hiermit erklären wir, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als angegeben verwendet haben. Insbesondere versichern wir, dass wir alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht haben.

Ort: Dresden/Mittweida

Datum: 16.01.2015

Unterschrift:

Maria Häder

Anja Langert